EMIL VERZA

TRATAT DE OGOPEDIE

VOLUMUL I

EDITURA FUNDAȚIEI

- *Logopedia – știință interdisciplinară*
- *Mecanismele și evoluția limbajului*
- *Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj*
- *Dislalia, alte tulburări de pronunție și terapia lor*
- *Dislexo – disgrafie, simptomatologie și terapie*
- *Limbaj – comportament – personalitate*

Editor: *Prof. dr.* CONSTANTIN RUSU

Redactori: *Emil Candel*

Dorin Carantină

Culegere și procesare computerizată: *Valentina Vartic*

IMPRIMAT ÎN ROMÂNIA

TIPOGRAFIA SEMNE '94

CUPRINS

Capitolul I

LOGOPEDIA –ŞTIINŢĂ INTERDISCIPLINARĂ

1. Constituirea logopediei ca ştiinţă

Logopedia, ca ştiinţă, s-a constituit atât din raţiuni practice, cât şi teoretice, făcând posibilă sintetizarea cunoştinţelor despre limbaj, elaborarea modalităţilor de creştere a eficienţei comunicării verbale, studierea tulburărilor de limbaj şi formularea metodologiei specifice educării limbajului tulburat. Logopedia nu este singura ştiinţă care abordează problematica limbajului şi comunicării, dar o face cel mai complet. Psihologia, psiholingvistica, pedagogia creează o perspectivă generală pe secvenţe relativ delimitate, fără ca nici una dintre ele să-şi propună o analiză integrală a fenomenului de limbaj şi de comunicare. Logopedia îşi extinde sfera de acţiune de la cercetarea limbajului şi comunicării, în relaţie cu evoluţia personalităţii, la formularea unor legi şi metode de corectare a limbajului tulburat, la prevenirea dificultăţilor verbale şi la stimularea comportamentelor verbale.

Prin urmare, logopedia este, pe de o parte, o disciplină psihopedagogică , teoretică, izvorâtă din necesitatea de a elucida complexele probleme ale limbajului, ce are un rol deosebit de important în viaţa psihică şi în structurarea personalităţii fiecărui individ, iar pe de altă parte, o disciplină cu un pronunţat caracter practic, ce vizează educarea limbajului tulburat, optimizarea comunicării, înţelegerii şi restabilirii relaţiilor specific umane. Constituirea ei a fost posibilă ca urmare a progreselor realizate în domeniul ştiinţelor psihologice şi pedagogice, dar şi a progreselor

realizate în domeniul ştiinţelor psihologice şi pedagogice, precum şi în cel al medicinei, fiziologiei, lingvisticii etc.

Etimologic, cuvântul logopedie provine din grecescul „logos", care înseamnă cuvânt, şi „paideia", care înseamnă educaţie. În sens restrâns, logopedia se ocupă cu studierea şi dezvoltarea limbajului, cu prevenirea şi corectarea tulburărilor acestuia. Din câte se ştie, primul care utilizează termenul de logopedie este filosoful Socrate, dar se reţine accepţiunea modernă a termenului pe care o adoptă Emil Fröschels (1909), când precizează că educarea limbajului tulburat se realizează în contextul stimulării întregii personalităţi a individului. În definirea logopediei ca ştiinţă, o serie de autori pun un accent mai mare pe caracterul ei practic. Astfel, M.E. Hvatţev o defineşte ca fiind „o ştiinţă pedagogică specială, despre prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire" (1959, pag. 5), iar M. Sovak (1956) arată că, este „o ştiinţă despre fiziologia şi patologia procesului de înţelegere, de comunicare, despre prevenirea şi tratamentul pedagogico-corectiv al defectelor în domeniul înţelegerii şi comunicării".

Ca toate celelalte ştiinţe ce se sprijină pe datele acumulate în domeniile apropiate, şi logopedia asimilează o serie de informaţii din psihologie, tiflopsihologie, psihologie medicală şi psihopatologie, psihofiziologie şi neuropsihologie, psiholingvistică şi lingvistică etc. Practica logopedică se bazează pe cunoaşterea particularităţilor psihologice ale formării şi evoluţiei limbajului, a caracteristicilor psihopedagogice ale dezvoltării psihismului şi ale activităţii educative cu diferite categorii de handicapaţi, a implicaţiilor deprivării senzoriale şi mentale asupra psihologiei individului şi asupra limbajului, pe cunoaşterea structurii şi organizării aparatului fonoarticulator, a poziţiei şi formei corecte în emisia verbală, a regulilor gramaticale şi stilistice ale elaborării scris-cititului ş.a. La rândul său, logopedia pune la dispoziţia acestor ştiinţe informaţii utile cu privire la prevenirea, formarea şi corectarea limbajului tulburat, teoretizează pe baza activităţii concrete şi îmbogăţeşte metodologia de formare a vorbirii, de stimulare a înţelegerii comunicării şi de dezvoltare a personalităţii armonioase.

Preocupări legate de formarea vorbirii coerente, corecte şi de înlăturarea unor eventuale handicapuri au existat din cele mai vechi timpuri. Spre exemplu, grecii antici aveau un cult deosebit pentru vorbire şi oratorie. Se credea în arta de a vorbi frumos, cursiv şi cât mai pe înţelesul auditorului, ceea ce a ridicat vorbirea la un rang de cinste, asigurând oratorului o poziţie socială favorabilă. Operele lui

Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hipocrat conțin considerații interesante cu privire la preocupările societății antice de a forma și dezvolta, la toți membrii ei, o vorbire cât mai agreabilă și mai inteligibilă. Descrierea pe care o face Plutarh, în „Vieți paralele", lui Demostene, ilustrează strălucit posibilitățile de modelare a vorbirii sub influența unor exerciții și a psihoterapiei. Rezultă că Demostene suferea de o bâlbâială accentuată, cu implicații în planul interior, marcându-l ca timid, centrat pe sine, necomunicativ, nesociabil, negativist, irascibil; prin voință și exerciții sistematice de vorbire ajunge nu numai să scape de handicapul respectiv, dar și să-și modifice comportamentul și să-și transforme întreaga personalitate, cu dominarea trăsăturilor pozitive, devenind astfel marele orator al Antichității.

Aceeași prețuire o găsim, mai târziu, la romani prin glasul lui Cicero, care în lucrarea „De oratore" scrie: „dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm și să-l fortificăm, să studiem toate treptele, de la sunetele grave până la cele mai înalte". Ulterior, în Evul Mediu, cu toate oprimările la care este supusă știința, se evidențiază unele idei pozitive. Astfel, în „Canonul medicinei", Avicena notează o serie de exerciții utilizate în scopul reglării respirației și vocii, adoptate și în prezent în corectarea bâlbâielii.

Ceva mai târziu, logopedia intră în așa numita perioadă tristă, când se considera că tulburările de vorbire, și în special bâlbâiala, sunt determinate de anomalii ale creierului sau ale limbii și nu se pot înlătura decât prin intervenție chirurgicală asupra organelor respective, ceea ce ducea, de cele mai multe ori, la decesul subiectului.

Progresele din secolele XVIII-XIX cunoscute în toate domeniile și în special marele avânt din științele naturii a stimulat dezvoltarea unor noi domenii de activitate și conturarea altor discipline ce s-au desprins din corpul științelor fundamentale. Lucrările de logopedie sunt tot mai frecvente și crește interesul pentru corectarea handicapurilor de limbaj.

Cercetări mai consistente sunt întreprinse începând cu secolul al XIX-lea. Merită menționate cercetările lui Diffenbach, care preconiza utilizarea metodele chirurgicale pentru remedierea anomaliilor limbii, investigațiile lui Broca (1861), în domeniul afaziei motorii și ale lui Wernicke (1871) pentru afazia senzorială; Kussmaul vorbește pentru prima dată de cauzele nevrotice ale bâlbâielii iar Netkaciov este autorul metodei de tratament psihologic al bâlbâielii.

Deşi preocupările în direcţia tulburărilor de limbaj se făceau tot mai simţite, logopedia s-a constituit, ca ştiinţă, abia în prima decadă a secolului al XX-lea, prin sintetizarea, teoretizarea şi aplicarea la realităţile practicii, a ideilor valoroase de psihologia limbajului şi a tulburărilor de vorbire, care apăreau, mai mult sau mai puţin sporadic, într-o serie de domenii apropiate logopediei.

O contribuţie de seamă la constituirea logopediei ca ştiinţă, o aduce Herman Gutzman (1865-1922) care şi-a însuşit multe din metodele corectării vorbirii tulburate de la tatăl său, Albert Gutzman, fost director la Institutul de Surdo-muţi din Berlin. Din câte se cunoaşte, H. Gutzman a ţinut pentru prima dată un curs despre tulburările de limbaj în învăţământul superior şi a elaborat lucrarea de mare circulaţie intitulată „Sprachheilkunde", tipărită la doi ani după moartea sa. Preocupările practice ale lui A. Gutzman erau cunoscute sub denumirea de „foniatrie" şi se aplicau în Clinica ORL din Berlin. După moartea sa, aceste preocupări au fost continuate de H. Gutzman junior. După modelul foniatriei, la Viena – E. Fröschels, G. E. Arnold; la München – M. Nadoleczny, sunt preocupaţi, în special, de tulburările vocii preponderent la cântăreţi.

Fără îndoială, clinica nu era locul cel mai favorabil pentru avântul ştiinţei şi nici îngustarea foniatrică a preocupărilor nu avea darul să stimuleze cercetarea şi a altor categorii de tulburări ale limbajului. De altfel, însăşi concepţia medicală a timpului nu acorda importanţa cuvenită tulburărilor de limbaj, corectarea acestora fiind făcută, de obicei, de medici şi surori cu mijloace psihopedagogice pentru care nu aveau (în toate cazurile) pregătirea necesară.

În 1942, în discursul de deschidere al primului Congres al Societăţii Internaţionale de Logopedie şi Foniatrie, ţinut la Viena, Emil Fröschels a pus în discuţie problema apartenenţei şi structurii logopediei ca ştiinţă, relevând că „logopedia este o ştiinţă medicală". El încearcă, cu această ocazie, să împace foniatria (medicală), a lui Gutzman, cu psihopedagogia, adoptând termenul de „logopedie-foniatrie". Dar, totodată, se delimitează conţinutul celor două domenii: foniatria se ocupă de întreţinerea organelor fonatoare şi de patologia vocii, iar logopedia, de prevenirea, corectarea, studierea tulburărilor de limbaj şi de realizarea procesului de înţelegere şi transmisie corectă a informaţiilor.

O serie de termeni, care se menţin şi azi în logopedie (dislexie, disgrafie, rinolalie etc.), sunt de provenienţă medicală. Dar prin natura ştiinţei logopedice de a investiga limbajul şi de a corecta tulburările de

limbaj, metodele şi procedeele utilizate au un pronunţat caracter psihopedagogic şi, prin aceasta, se delimitează locul logopediei în cadrul ştiinţelor psihopedagogice şi, în primul rând, ca ramură a psihopedagogiei speciale (defectologia). Poate că şi din cauza dificultăţilor create de aceste confuzii, într-o serie de lucrări importante pentru logopedie nu se abordează problema apartenenţei şi nu se elucidează terminologia utilizată.

Astfel, în ***Tratatul asupra tulburărilor vocii şi vorbirii***, al lui Luchsinger şi Arnold, în ***Reabilitarea vorbirii*** a lui Robert West, Leon Kennedy şi Anne Carr nici nu se pune în discuţie apartenenţa logopediei, lăsându-se să se înţeleagă caracterul ei psihopedagogic, prin metodele de studiere şi tratare a tulburărilor de limbaj, şi cel medical, prin etiologia acestora.

Logopedia contemporană îşi defineşte, în prezent, menirea fără a se limita la corectarea tulburărilor de limbaj, la prevenirea şi studierea lor; ea are în vedere educarea şi restabilirea echilibrului psiho-fizic şi dezvoltarea unei integre personalităţi, studierea comportamentului verbal şi a relaţiei acestuia cu personalitatea umană.

În ţara noastră, o cronică din 1835 vorbeşte de „vindecarea gângăviei", dar practica logopedică s-a legalizat mult mai târziu, în 1949 şi apoi a fost întărită printr-o nouă legiferare, în 1957. Mai întâi, iau fiinţă cabinete logopedice în policlinici şi în unele spitale de neurochirurgie, iar apoi sunt organizate centre logopedice interşcolare şi cabinete logopedice pe lângă unele grădiniţe şi unităţile speciale pentru handicapaţi. După 1990, la acestea se adaugă cabinetele logopedice particulare.

Constituită pe deplin ca ştiinţă în prima decadă a secolului al XX-lea, logopedia îşi delimitează domeniul faţă de foniatrie, termen apărut în unele clinici (O.R.L.) din nevoia preocupărilor faţă de tulburările de voce. Astfel, unii specialişti consideră că foniatria are ca domeniu aparte întreţinerea organelor fonatoare şi patologia vocală, iar alţii, ca pe o specializare a logopediei. La primul Congres de logopedie şi foniatrie, ce a avut loc la Viena, în 1942, aşa cum s-a mai menţionat, s-a militat pentru punerea în acord a preocupărilor celor două domenii sau, aşa cum afirma E. Fröschels, cel puţin „împăcarea" lor. În prezent, sfera logopediei se extinde asupra tuturor tulburărilor de limbaj, inclusiv asupra celor de voce, ca şi asupra studiului comunicării în cadrul relaţiilor interumane pentru dezvoltarea personalităţii şi comportamentelor adaptabile.

2. *Importanța teoretică și practică a logopediei*

În condițiile contemporane, se manifestă o exigență tot mai mare față de modalitățile de înțelegere, de recepționare și comunicare pentru adaptarea și integrarea persoanelor la mediul social. Însuși procesul instructiv-educativ impune cu necesitate formarea și dezvoltarea unor capacități verbale care să faciliteze învățarea și accesul la cultură, formarea deprinderilor de comunicare optimă și eficientă.

Așadar, logopedia are, prin excelență, un caracter aplicativ: de prevenire și înlăturare a tulburărilor de limbaj în vederea dezvoltării psihice generale a persoanei, de a stabili sau restabili relațiile cu semenii săi, de a facilita inserția în comunitate, de a se forma și dezvolta pe măsura disponibilităților sale. Activitatea logopedică este centrată, în special, asupra copiilor nu numai din cauza frecvenței mai mari a handicapurilor de limbaj, dar și pentru faptul că la aceștia vorbirea este în continuă structurare și dezvoltare, iar dereglările apărute au tendința, ca odată cu trecerea timpului, să se consolideze și agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor.

Logopedia are, în primul rând, un scop educativ; ea contribuie la formarea omului, îl ajută pe copil să depășească dificultățile școlare și de adaptare. Din aceeași perspectivă, sunt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea handicapurilor de limbaj și terapia lor. Vârstele preșcolară și școlară mică sunt cele mai favorabile pentru o acțiune logopedică eficace. Desigur că handicapurile limbajului pot și trebuie să fie corectate și la vârstele adulte, mai cu seamă că ele duc la dezadaptabilități sociale, la tulburări de personalitate și pot perturba poziția socială a persoanei.

Din punct de vedere teoretic, logopedia acumulează un bogat material informativ cu privire la psihologia limbajului și comunicării, la pedagogia curativă, material obținut prin decelarea unor variabile de tipul experimentului natural provocat de situația critică a logopatului.

Pe baza semnificațiilor teoretice și practice, obiectivele logopediei se pot grupa astfel:

a) studierea și asigurarea unui climat favorabil dezvoltării și stimulării comunicării;

b) prevenirea cauzelor care pot determina handicapurile de limbaj;
c) studierea simptomatologiei handicapurilor de limbaj şi a metodelor şi procedeelor adecvate corectării lor;
d) cunoaşterea şi prevenirea efectelor negative ale handicapurilor de limbaj asupra comportamentului şi personalităţii logopatului;
e) elaborarea unei metodologiei de diagnoză şi prognoză diferenţiată în logopedie;
f) popularizarea ştiinţei logopedice şi pregătirea familiei şi a şcolii pentru a manifesta înţelegere şi sprijin faţă de logopat;
g) formarea unor specialişti logopezi cu o pregătire psihopedagogică, teoretică şi practic–aplicativă, care să stăpânească terapia handicapurilor de limbaj;
h) studierea şi cunoaşterea diferitelor aspecte ale deficienţelor senzoriale şi mintale ce influenţează constituirea structurilor limbajului;
i) optimizarea activităţii logopedice atât pentru terapia handicapurilor de limbaj, cât şi pentru evitarea eşecurilor şcolare şi comportamentale;
j) depistarea populaţiei cu deficienţe de limbaj, începând cu vârsta preşcolară şi organizarea activităţii pentru prevenirea şi recuperarea handicapurilor de limbaj.

Aşa cum rezultă din cele spuse mai sus, logopedia are multiple raporturi cu o serie de ştiinţe şi se înscrie în sistemul de conexiuni al diferitelor domenii aplicative şi teoretice. Multiplele condiţionări ale logopediei cu alte ştiinţe sunt impuse şi de activitatea practică, pentru succesul căreia este nevoie de colaborarea între logopezi, psihopedagogi, medici şi lingvişti. E. Fröschels vede în logoped specialistul care posedă cunoştinţe din domeniile psihologiei, în primul rând al psihologiei copilului, psihoterapiei, psihopatologiei, foniatriei, foneticii, psihodiagnozei, laringologiei, rinologiei.

În cercetarea problemelor limbajului şi a tulburărilor sale există multe zone de intersecţie între logopedie şi alte ştiinţe, precum psihologia, medicina, foniatria, lingvistica, dar ele nu se confundă. Psihologia copilului este de un real folos logopediei, prin cunoaşterea etapelor de dezvoltare şi manifestare psiho-comportamentale, prin enunţarea posibilităţilor de evoluţie în raport de condiţiile instructiv-educative şi de capacităţile interne fiecărei persoane. Aceste

cunoştinţe sunt întregite prin dinamica şi mecanismele dezvoltării, în cazul diferitelor deficienţe psihice de care se ocupă psihopedagogia specială – psihologia deficienţilor şi pedagogia acestora. Psihologia generală face posibilă cunoaşterea mecanismelor de dezvoltare a limbajului, a funcţiilor sale şi a rolului acestora în viaţa psihică. Cunoştinţele din medicină, dar mai cu seamă cele din psihologia medicală, psihopatologie, foniatrie, laringologie, psihiatrie, neurologie, creează un tablou complex al înţelegerii alterării psihice, al patologiei organelor fonatoare şi al implicaţiilor acestora asupra formării şi evoluţiei limbajului. De asemenea, aceste discipline fac posibilă înţelegerea rolului jucat de tratamentul medicamentos în ameliorarea vieţii psihice şi a recuperării fizice, facilitând, astfel, acţiunile educative. La rândul său, logopedia pune la dispoziţia acestor ştiinţe o serie de date de un interes deosebit pentru înţelegerea etiologiei şi simptomatologiei tulburărilor de limbaj, a mecanismelor şi dinamicii formării vorbirii corecte sub influenţa acţiunii educative, a rolului jucat de emisia-recepţia corectă a vorbirii pentru dezvoltarea psihică a fiecărei persoane şi pentru adaptarea sa la mediul social.

Prin urmare, problematica de care se ocupă aceste discipline de intersecţie cu logopedia nu este comună.

În prezent, tot mai mulţi specialişti afirmă relaţiile logopediei cu alte ştiinţe, recunosc necesitatea acţiunii în echipă şi evidenţiază problematica specifică fiecărui domeniu, dar şi avantajele colaborării atât pe plan teoretic cât şi practic. Ştiinţele contemporane, care au ca preocupare problematica omului, abordează într-un fel sau altul şi fenomenul limbajului din perspectiva lor specifică. Dar nu numai acestea, ci şi electronica, fizica acustică înlesnesc studierea experimentală a limbajului şi creează condiţii tehnice necesare pentru pătrunderea în esenţa fenomenului, pentru provocarea repetabilităţii acestuia şi surprinderea unor aspecte intime care nu se exteriorizează. Această investigaţie este cu atât mai necesară, cu cât se are în vedere unitatea dialectică dintre limbaj şi psihic, în general, şi limbaj şi gândire, în special. Limbajul nu poate şi nu trebuie privit izolat, ci în strânsă corelaţie cu ansamblul manifestărilor psihice, integrat în fenomenele psiho-comportamentale pe care le influenţează şi este influenţat de acestea.

3. *Etiologia şi clasificarea tulburărilor de limbaj*

Asupra individului uman acţionează o mulţime de factori, dintre care unii sunt nocivi. Aceştia pot influenţa negativ dezvoltarea sa, dar organismul are o anumită rezistenţă ce îi permite o evoluţie normală şi numai în anumite condiţii de fragilizare generală sau parţială, aceşti factori determină dereglări psihice. Pentru aceasta, se impune o analiză globală a principalelor categorii de factori care pot influenţa negativ dezvoltarea limbajului şi care pot determina oricare disfuncţie de limbaj. De aici rezultă necesitatea cunoaşterii unor asemenea cauze, nu numai pentru a le preveni, dar şi pentru adoptarea unei metodologii ştiinţifice în stabilirea diagnosticului diferenţial şi a modalităţilor de corectare a limbajului tulburat. În acelaşi timp, subliniem faptul că nu totdeauna se pot stabili, cu exactitate, cauzele care au provocat o tulburare sau alta de limbaj şi că de cele mai multe ori la baza unei dereglări sau nedezvoltări normale se află un complex de cauze. Prin urmare, handicapurile de limbaj apar prin acţiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul naşterii sau după naştere. La aceste cauze generale, ce pot fi incriminate în toate tulburările de limbaj, se adaugă altele specifice unei categorii date şi la care ne vom mai referi atunci când vom analiza tulburările respective.

Dintre cauzele care pot acţiona în timpul sarcinii, citām: diferitele intoxicaţii şi infecţii, bolile infecţioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, carenţele nutritive, traumele mecanice care lezează fizic organismul fătului, traumele psihice suferite de gravidă, începând cu neacceptarea psihică a sarcinii şi terminând cu trăirea unor stresuri, frământări interioare, spaime care îşi pun pecetea asupra dezvoltării funcţionale a fătului.

Din categoria cauzelor care acţionează în perioada naşterii le menţionăm pe următoarele: naşterile grele şi prelungite, care pot provoca leziuni ale sistemului nervos central, asfixiile ce pot determina hemoragii la nivelul scoarţei cerebrale, diferitele traume fizice, cum ar fi lovirea capului de oasele pelviene, accidentele mecanice ş.a. În fine, a treia categorie o constituie cauzele care acţionează după naştere; ele alcătuiesc grupa cea mai mare. Acestea pot fi împărţite în patru categorii:

a) cauze organice, ce pot fi de natură centrală sau periferică. Avem în vedere diferitele traumatisme mecanice care influenţează negativ dezvoltarea sistemului nervos central sau afectează nemijlocit, auzul şi organele fonoarticulatorii. În cazul unor leziuni la nivelul sistemului nervos central se pot produce, printre alte tulburări, disfuncţii ale limbajului ce au o mare varietate, cu cât zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atât tulburările sunt mai ample şi cu un înalt grad de complexitate pentru că, de cele mai multe ori, sunt atinşi mai mulţi centri corticali implicaţi în realizarea diferitelor funcţii psihice. Aşa spre exemplu, lezarea timpanului împiedică recepţia corectă a limbajului şi emiterea normală a sunetelor, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor necesare realizării procesului vorbirii. O asemenea situaţie are loc şi în prognatism şi progenie ca şi în macroglosie sau microglosie. O anumită frecvenţă o au infecţiile şi intoxicaţiile cu substanţe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta, organic sau funcţional, mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Şi unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul ş.a. pot determina tulburări de limbaj atât pe cale centrală, cât şi periferică.
b) cauze funcţionale. Aceste cauze pot produce tulburări ale limbajului care privesc atât sfera senzorială (receptoare), cât şi cea motorie (efectoare). Cauzele funcţionale pot afecta oricare din componentele pronunţării: expiraţie, fonaţie, articulaţie. Astfel, apar dereglări ale proceselor de excitaţie şi inhibiţie, de nutriţie la nivelul cortexului, insuficienţe funcţionale la nivelul sistemului nervos central, insuficienţe ale auzului fonematic, putând încetini dezvoltarea sa sau pot crea dificultăţi în parcurgerea traseului normal al limbajului.
c) cauze psiho-neurologice care influenţează, mai cu seamă, pe acei subiecţi care congenital au o construcţie anatomo-fiziologică fragilă sau cu tendinţe patologice. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecţii cu handicap mintal, la alienaţii mintal, la cei cu tulburări de memorie şi de atenţie, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice şi acustice. Din

această categorie fac parte şi subiecţii care se supraapreciază – infatuaţii, aceste manifestări influenţând negativ structurarea personalităţii şi a limbajului.

d) cauze psiho-sociale. Deşi în literatura de specialitate se insistă mai puţin asupra lor, ele nu sunt lipsite de importanţă. La o analiză mai atentă vom constata că acestea au o frecvenţă relativ mare, iar efectele lor negative împietează nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci şi asupra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greşite, în educaţie (iatrogeniile şi didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii copilului în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinţilor (adulţilor), ce duc la formarea unor obişnuinţe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitările, care favorizează oboseala excesivă, bilingvismul, (obligarea copilului să înveţe o limbă străină înainte de a-şi forma deprinderile necesare comunicării în limba maternă) ş.a.

Pornindu-se de la etiologia tulburărilor de limbaj, ca şi de la simptomatologia şi natura acestora, literatura de specialitate conţine o varietate de clasificări. Astfel, în logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj care au, de cele mai multe ori, un caracter limitat. Aceste clasificări sunt efectuate în funcţie de o serie de criterii, cum sunt cel etiologic, lingvistic, morfologic şi simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decât o clasificare unilaterală, care vizează numai parţial natura şi varietatea handicapurilor de limbaj. Asemenea clasificări sunt echivoce şi nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Astfel, clasificarea adoptată de Parrel, ce are la bază forma de manifestare a logopatiei, se rezumă la enunţarea dislaliilor şi disfoniilor (tulburări de emisie, rezonanţă şi motricitate laringeală). Din această clasificare sunt omise tulburările limbajului scris-citit, afaziile, alaliile ş.a. Pe aceeaşi direcţie se înscrie şi clasificarea efectuată de Ch. van Riper, în patru categorii: a) tulburări de ritm (bâlbâială, bolboroseală, tumultus sermonis); b) tulburări de articulaţie (dislaliile); c) tulburări de fonaţie (afonie, nazalitate, guturalitate) şi d) tulburări de simbolizare (disfaziile). După cum se vede şi din clasificare lui Riper, lipsesc, printre altele, tulburările limbajului scris-

citit. Deşi mai cuprinzătoare, clasificarea dată de M. E. Hvatţev este şi ea echivocă şi nu precizează apartenenţa fiecărei tulburări de limbaj la o categorie sau alta. Autorul citat se referă la: a) dislalii, b) tulburări de ritm şi cadenţă, c) tulburări de limbaj cu etiologie organică cerebrală, d) tulburări de voce, e) tulburări de vorbire şi voce psihogene şi, în fine, f) tulburări de vorbire la oligofreni şi nevăzători.

După cum se poate constata, la baza acestor clasificări, autorii respectivi au adoptat două criterii şi anume, cel etiologic şi cel simptomatologic, pe care numai Hvatţev le adoptă concomitent, în timp ce Parrel şi Riper iau în calcul numai aspectele de simptomatologie. Pe lângă acestea, în literatura de specialitate sunt şi alte clasificări care au mai mult o importanţă istorică, deoarece nu întrunesc adeziunea specialiştilor, fiind considerate prea puţin precise şi fără o delimitare a unei identităţi specifice. Ca urmare, după criteriul exclusiv etiologic, tulburările de limbaj sunt clasificate, pe de o parte, în senzoriale şi motorii, iar pe de altă parte, în primare şi secundare (în ambele cazuri, în funcţie de specificul şi predominanţa segmentului anatomo-fiziologic afectat şi implicat în producerea activităţii verbale). În funcţie de criteriul lingvistic, avem de-a face cu: - deficienţe fonetice, în care apar dificultăţi de pronunţare a unor sunete fără să existe şi probleme de discriminare acustică; - deficienţe fonetico-fonematice, în care dificultăţile de pronunţie sunt însoţite şi de deficienţe acustice şi – deficienţe fonetico-fonematice lexico-gramaticale, unde se găsesc dificultăţile din primele două, la care se adaugă şi forme, în proporţii diferite, de nedezvoltare a limbajului. Este suficient pentru a ne face o impresie generală, cu privire la valoarea diferitelor clasificări, să amintim şi criteriul morfologic, în care localizarea structurală este fundamentală, ceea ce înseamnă că numai cauzele organice existente trebuie considerate şi atunci putem vorbi de tipul de tulburări caracteristice afaziei motorii, disartriei bulbare şi dislaliei mecanice.

Ni se pare mult mai adecvată o clasificare care să ţină seama de mai multe criterii în acelaşi timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic şi psihologic. O astfel de clasificare elaborată de noi, prin îmbinarea criteriilor de mai sus, a fost descrisă în două din lucrările anterioare (1977, 1983) şi s-a impus în literatura de specialitate românească şi străină. Sintetic, clasificarea respectivă se rezumă la următoarele categorii de tulburări de limbaj:

1. tulburări de pronunţie (dislalia, rinolalia, disartria);

2. tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii (bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree, tumultus sermonis);
3. tulburări de voce (afonia, disfonia, fonastenia, mutaţia patologică);
4. tulburări ale limbajului citit-scris (dislexia-alexia şi disgrafia - agrafia);
5. tulburările polimorfe (afazia şi alalia);
6. tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii, disfuncţiile verbale din autismul infantil-de tip Kanner, din sindroamele handicapului de intelect etc.
7. tulburări ale limbajului bazat pe disfuncţiile psihice (dislogia, ecolalia, jargonofazia, bradifazia ş.a.)

O asemenea clasificare este importantă nu numai pentru activitatea de cunoaştere şi terapie logopedică, dar şi pentru diagnoza şi prognoza tulburărilor de limbaj. În activitatea de corectare, diagnosticul diferenţial corect înlesneşte stabilirea metodologiei de lucru şi fixarea cadrului general de recuperare. Prognoza se realizează în raport de diagnosticul diferenţial, de particularităţile psihice ale persoanei, de vârstă cronologică şi mintală, de condiţiile de educaţie, de sex. Există şi situaţii când apar dificultăţi în stabilirea diagnosticului diferenţial şi acestea au la bază lipsa de experienţă a evaluatorului, o examinare sumară, pripită, neluarea în considerare a tuturor manifestărilor şi factorilor determinanţi, ceea ce poate duce la confundarea unor tulburări de limbaj cu altele.

La aceste situaţii se adaugă şi factori obiectivi, concretizaţi în asemănările accentuate dintre tulburări, în manifestări relativ inconstante în raport de dispoziţia subiectului la un moment dat. Aşa spre exemplu, manifestările vorbirii alalicului pot fi confundate cu cele ale vorbirii unor handicapaţi de intelect sever, cu lipsa de vorbire a surdo-muţilor, cu vorbirea dizartricilor, a afazicilor şi a celor cu mutism psihogen. Pentru a evita aceste confuzii, investigaţiile trebuie să conţină pe direcţia examenului psihologic, şi alte explorări pe care le consideră necesare specialistul în logopedie.

4. *Legile logopediei*

Orice ştiinţă, pentru a fi recunoscută, trebuie să conţină legi formulate ferm şi cu claritate. Ele trebuie să decurgă din logica ştiinţei respective, din obiectivele şi scopurile ei, din conţinutul şi problematica fenomenelor analizate, din rezultatele cercetărilor întreprinse în plan teoretic şi practic–aplicativ. După cunoştinţele noastre, în logopedie, asemenea legi nu şi-au găsit un loc definit în literatura de specialitate, iar unele referiri făcute de unii autori la un conţinut similar, nu au darul de a întruni condiţiile impuse de acestea, pentru că ele sunt vagi şi se pierd la nivelul simptomatologiei prezentate în cazul tulburării respective. Acestea sunt temeiuri pentru care ne-am propus să elaborăm legile logopediei, considerând că şi în felul acesta ne aducem o contribuţie majoră la delimitarea şi consolidarea statutului logopediei ca ştiinţă. Suntem încredinţaţi că, redate într-o formă sintetică, cu comentarii strict necesare, vor putea fi mai uşor înţelese şi raportate la cadrul general al evoluţiei cunoştinţelor din logopedie.

Redăm, în continuare, legile logopediei elaborate de noi. Ele îmbracă următoarele forme:

1. Orice abatere, în formă şi conţinut, de la vorbirea standard, marcată prin disfuncţionalitatea expresiei şi receptivitatea limbajului, constituie o tulburare a acestuia. Abaterea poate fi mai extinsă sau mai restrânsă, mai profundă sau mai uşoară, în funcţie de etiologie şi de particularităţile psihoindividuale ale subiectului, de vârsta cronologică şi vârsta mintală etc. şi determină un comportament verbal specific îndeosebi în relaţiile cu cei din jur.
2. Orice tulburare de limbaj are tendinţa de a se agrava şi consolida în timp, ca deprindere negativă. Cu cât o tulburare de limbaj durează mai mult timp, cu atât ea devine mai stabilă, ceea ce face ca apariţia ei în copilărie, fără să fie corectată, să devină o obişnuinţă, pe fondul căreia evoluează întreg sistemul verbal de mai târziu.
3. Tulburările de limbaj nu presupun un deficit de intelect sau senzorial, dar atunci când apar pe un asemenea fond, ele sunt mult mai grave, mai variate şi mai extinse. Este ştiut că deficienţele senzorialului (mai ales ale auzului) şi ale

intelectului constituie, frecvent, cauze ale tulburărilor de limbaj, iar atunci când tulburările de limbaj apar în condiţiile normalităţii intelectului ele nu creează distorsiuni ale acestuia, cu toate că îi pot restrânge posibilitatea de manifestare.

4. Tulburările de limbaj au o frecvenţă mai mare în copilărie şi în perioadele de constituire a limbajului, ca urmare a fragilităţii aparatului fonoarticulator şi a sistemelor cerebrale implicate în vorbire. Sistemul limbajului, ca act hipercomplex, presupune o sincronizare perfectă a elementelor aparatului fonoarticulator (mişcările limbii, buzelor, obrajilor, de deschidere şi închidere a gurii etc.) în coordonare cu ritmul inspir-expir, a mişcărilor grosiere şi fine (mai ales în scris) odată cu coordonarea acestora de sistemele cerebrale, elaborarea mintală a ideilor şi exprimarea lor coerent-logică prin lanţuri de cuvinte mai scurte sau mai lungi ce denotă o anumită maturitate anatomo-fiziologică cerebrală.
5. Toate tulburările de limbaj au un caracter tranzitoriu şi sunt corectabile, educabile prin metode specific logopedice şi printr-o serie de procedee cu caracter general. Reuşita activităţilor logopedice de corectare a tulburărilor de limbaj este dependentă, printre altele, de adecvarea metodelor şi procedeelor de terapie logopedică la specificul fiecărei tulburări, de perioada începerii activităţii de corectare, de gravitatea şi extinderea tulburărilor respective, de nivelul dezvoltării mentale şi activismul subiectului logopat etc.
6. Tulburările de limbaj, începând cu cele mai simple, produc efecte negative asupra personalităţii şi comportamentului subiectului, deoarece ele sunt trăite dramatic şi tensional pe fondul unei frustrări şi anxietăţi. Ca urmare a existenţei tulburărilor de limbaj, se instalează trăsături negative de personalitate şi comportament, în timp ce conduitele verbale nu reuşesc, în suficientă măsură, să-şi exercite funcţia de reglare, orientare şi direcţionare a celorlalte comportamente general umane. Cu cât subiectul devine mai conştient de dificultăţile ce le are, cu atât este mai tensionat, le trăieşte mai intens pe plan interior, se

izolează şi devine negativist faţă de cei din jur şi faţă de activitate, odată cu teama de nereuşitele sale.

7. Tulburările de limbaj nu se transmit ereditar, în timp ce unele structuri anatomice care facilitează producerea acestora se pot regăsi la descendenţi. După cum rezultă şi din etiologia tulburărilor de limbaj, unele dintre acestea sunt produse şi prin efecte psihice sau prin metode negative de educaţie (traumele, stresurile psihice, slaba stimulare a dezvoltării vorbirii, existenţa unui model deficitar, menţinerea obişnuinţelor neadecvate ş.a.) şi nu au nici o legătură cu eventualele dificultăţi verbale care pot apărea la generaţiile următoare. Dar sunt şi structuri care contribuie la fragilizarea sistemului nervos central şi care în anumite momente ale vieţii tind să se instaleze şi la urmaşi, astfel încât pot duce la efecte negative în dezvoltarea limbajului.
8. Tulburările de vorbire, până la vârsta de 3- 3 ½ ani, nu au o semnificaţie logopedică sau defectologică, ci una fiziologică, atunci când sunt produse ca urmare a nematurizării aparatului fonoarticulator sau a sistemelor cerebrale implicate în vorbire. În aceste condiţii, odată cu dezvoltarea elementelor respective, dificultăţile verbale dispar de la sine, dar dacă persistă mai mult timp sau dacă intervin şi alte cauze ele se pot transforma în tulburări specific logopedice.
9. Tulburările de limbaj prezintă o incidenţă mai mare şi o simptomatologie mai gravă la sexul masculin, comparativ cu cel feminin. Aceasta se poate explica şi prin relaţia nemijlocită dintre motricitate-psihomotricitate şi evoluţia limbajului. Încă din ontogeneza timpurie se înregistrează o evoluţie paralelă între motricitate (mers, precizia şi rapiditatea mişcărilor etc.) şi capacitatea de exprimare şi bogăţia vocabularului. În genere, fetiţele sunt antrenate de timpuriu în relaţii ocupaţionale cu o solicitare mai accentuată a motricităţii (îngrijirea păpuşii, ajutorul dat la punerea–strângerea mesei) odată cu solicitarea de a verbaliza fiecare acţiune.
10. Terapia tulburărilor de limbaj se bazează pe o metodologie corectiv-recuperativă ce se realizează în relaţie cu dezvoltarea şi stimularea întregii activităţi psihice a

subiectului şi armonizarea comportamentelor la condiţiile mediului înconjurător. În contextul contemporan, nici din punct de vedere teoretic şi nici din punct de vedere practic-acţional, terapia logopedică nu mai poate fi concepută ca limitându-se, exclusiv, la corectarea tulburărilor de limbaj, pentru că, în interesul ei, metodele şi procedeele utilizate, cuprind un material informaţional-verbal ce se adresează, în egală măsură, limbajului şi proceselor cogniţiei, determinând subiectul la desfăşurarea unei activităţi intelective semnificative pe direcţia „mişcării " ideilor. În aceeaşi ordine de idei, materialul vehiculat în corectarea tulburărilor de limbaj cuprinde şi trebuie să cuprindă o serie de îndemnuri şi învăţăminte pentru a dezvolta subiectului comportamente cu caracter adaptabil la diferite situaţii ivite şi pentru a stimula caracteristicile pozitive ale personalităţii. Ca atare, modelul limbajului devine integrat şi integrator la nivelul psihismului uman.

După cum am precizat, literatura de specialitate nu conţine, în mod expres, legi ale logopediei, dar sunt unele referiri la un cadru general al legităţilor adiacente altor domenii ştiinţifice, considerate a fi cu implicaţii şi în domeniul logopediei. Astfel, Dorel Ungureanu (1998, pag. 88) apreciază că „ în logopedie se prelungesc şi acţionează legi nu neapărat specifice, dar care, deşi propriu-zis lingvistic, defectologice sau comunicaţionale, au un mare impact şi-n abordarea logopedică" (aşa sunt legile implicaţiei, competenţei, fiziologică şi ale economiei de limbaj). În aceste condiţii, considerăm că legile elaborate de noi vin să suplinească golul ce poate fi formulat de cerinţele deontologice ale logopediei.

Merită să subliniem şi un alt aspect. Am evitat, cu bună ştiinţă, să formulăm, în acest context, şi principiile logopediei, deoarece, pe de o parte, nu am dorit să lăsăm loc la eventuale confuzii între acestea şi legile specifice, iar pe de altă parte, în fiecare tulburare de limbaj se pot desprinde principii caracteristice categoriei respective, iar noi le-am analizat în capitolul consacrat acesteia. Mai facem precizarea că unele principii cu caracter general rezultă sau chiar coincid cu scopurile şi sarcinile logopediei descrise, dealtfel, de noi.

5. *Frecvenţa şi importanţa corectării tulburărilor de limbaj*

Logopedia încă nu a ajuns la elaborarea unei metode unanim acceptată pentru depistarea tulburărilor limbajului. Mai mult, încercările de a cuprinde în cercetare o populaţie mai numeroasă sunt izolate. În fine, frecvenţa handicapurilor de limbaj nu poate avea caracter de valoare universală, deoarece ele diferă de la limbă la limbă, cât şi de la o zonă geografică şi social-economică la alta. Din aceste trei motive, literatura de specialitate nu dispune de o statistică cu valabilitate universală, datele diferind de la o ţară la alta, de la un ţinut la altul. Ca urmare, datele statistice existente sunt contradictorii, contradicţie care rezultă şi din faptul că unii autori au în atenţie numai tulburările limbajului oral, iar alţii se referă şi la cel scris. Contează, în acelaşi timp, exigenţa mai mare sau mai mică a celor care realizează depistarea şi diagnosticarea, ca şi standardele adoptate.

O caracteristică generală, reflectată în statisticile existente, este aceea că tulburările de limbaj se menţin la o frecvenţă mică. Astfel, într-o statistică ce datează din 1961, efectuată pe un număr de 860 copii de vârstă preşcolară din oraşul Cluj-Napoca, a rezultat un număr de 125 de copii cu dislalie, ceea ce reprezintă 14, 53 %. La copiii de vârstă şcolară mică, din totalul de 3065 de elevi examinaţi, s-au constatat 292 de cazuri cu tulburări de vorbire, adică 9,52 % (E. Neagu). Se constată că frecvenţa copiilor cu tulburări de vorbire este mai mare la vârstele mici şi scade odată cu creşterea în vârstă. Desigur că acest fapt se datorează, pe de o parte, maturizării aparatului fono-articulator, iar pe da altă parte, faptului că influenţele educative directe şi indirecte contribuie la dezvoltarea vorbirii corecte.

Într-o cercetare efectuată pe un număr de logopaţi, sub conducerea lui Hvatţev pe populaţia şcolară din fostul Leningrad, rezultă că la numărul de 140.736 de elevi din şcoala de cultură generală şi 144.021 de elevi din şcoala medie există o proporţie de 10,7 % tulburări de limbaj, dintre care 17,9% se află la elevii claselor I-IV şi 3,8% la elevii claselor V-X.

În Franţa, se citează existenţa tulburărilor de limbaj combinate cu tulburări psihice în proporţie de 40,1 % la copiii preşcolari (3-5 ani); în Elveţia, la copiii de vârstă şcolară mică, tulburările de limbaj se află în proporţie de 12 până la 32% (în funcţie de aşezarea rurală sau urbană).

Pe când dislalia scade ca frecvenţă, odată cu înaintarea în vârstă, bâlbâiala are tendinţa de a se agrava şi de a genera noi forme, ca urmare a stărilor tensionale, stresante. Din datele lui D. Denev rezultă că frecvenţa cazurilor de bâlbâială scade, în Europa, de la apus spre răsărit. În Franţa se citează o proporţie de 5,7 %, iar în Bulgaria, de 1,11%; cifrele cele mai des citate fiind de 1% la adulţi şi 2% la copii.

La deficienţii de intelect şi senzorial, frecvenţa tulburărilor de limbaj este mult mai ridicată. Astfel, la elevii din şcolile ajutătoare există o proporţie de 66% cu tulburări de limbaj, în clasa I şi 41%, la cei din clasa a III-a. În şcolile de nevăzători, la 629 copii cercetaţi, s-a găsit un procent de 31,5% tulburări de limbaj. (M. Guţu). Arnold citează existenţa logopaţilor printre oligofreni în proporţie 45-55%, iar Knopf arată că la debilii mintal, bâlbâiala este în proporţie de 17,7% la băieţi şi 9,8% la fete, iar tumultus sermonis este de 8% la băieţi şi 11, 6 % la fete. La copiii surdo-muţi, în perioada demutizării, apar tulburări ale limbajului, mai cu seamă dislalii, la majoritatea cazurilor. O frecvenţă ridicată se menţine şi la hipoacuzici, chiar după primul ciclu de instruire. În genere, cu cât deficienţa este mai accentuată, cu atât se constată o frecvenţă mai mare a tulburărilor de limbaj. La ambliopi, mai cu seamă la nevăzători, tulburările limbajului sunt frecvente în sfera scris-cititului, chiar dacă aceştia învaţă în Braille. Unii autori citează printre slab văzători 6,7% logopaţi în şcoala primară, 7,8% în şcolile speciale de orbi şi 20% logopaţi la vârsta preşcolară.

Chiar din aceste cifre cu caracter sumar, rezultă necesitatea şi importanţa corectării tulburărilor de limbaj. În plus, trebuie subliniat că, totdeauna, corectarea limbajului prezintă o importanţă deosebită nu numai pentru înlesnirea comunicării şi a integrării în procesul instructiv-educativ, dar şi pentru faptul că tulburările de limbaj, în funcţie de gravitatea lor, provoacă modificări negative la nivelul personalităţii şi comportamentului logopatului. Într-o serie de cercetări se menţionează faptul că elevii cu tulburări de limbaj au un randament şcolar redus, din cauza posibilităţii scăzute de integrare în activitate şi a refuzului de a participa la actul comunicativ. Pentru adulţi, corectarea este imperioasă şi pentru a putea exercita o influenţă favorabilă asupra educării copiilor şi pentru că anumite profesii necesită o pronunţie clară şi o vorbite fluentă, cursivă.

Dacă tulburările scris-cititului se fac mai puţin simţite în comunicare, tulburările vorbirii orale deranjează mai mult şi, în

genere, acestea le determină, adeseori, şi pe primele. Ca atare, se impune corectarea vorbirii orale îndată ce apar primele semne ale tulburării ei. Şcoala, familia, societatea sunt interesate, deopotrivă, în corectarea tulburărilor de limbaj, ceea ce deschide perspectiva dezvoltării armonioase a individului şi evitarea eşecurilor în activitate şi din relaţiile cu cei din jur.

6. *Metodologia corectării şi studierii în logopedie*

Dacă metodele şi procedeele de corectare sunt specifice fiecărei categorii de tulburări, studierea tuturor tulburărilor de limbaj are la bază o serie de metode comune. Corectarea se face printr-o gamă variată de metode şi procedee, dar alegerea lor este în funcţie de fiecare caz în parte, de tipul de deficienţă şi gravitatea ei, de vârsta şi nivelul de dezvoltare psihică, de etiologia şi manifestarea acesteia. Deşi se cunosc multe procedee în literatura logopedică, ele nu pot fi aplicate întocmai la logopaţi cu limba maternă română, dat fiind specificul limbii şi particularităţile de limbaj. Pentru bâlbâială, tahilalie, bradilalie, tumultus sermonis, nedezvoltarea limbajului, metodele şi procedeele cunoscute au o mai mare valoare generală, în timp ce pentru dislalie valoarea lor este limitată de specificul emisiei şi al poziţiei sunetului afectat în interiorul cuvântului şi al propoziţiei. În afara acestora, sunt o serie de exerciţii ajutătoare pentru activitatea logopedică, care se referă la dezvoltarea motricităţii generale, a motricităţii aparatului fono-articulator, a folosirii adecvate a gesturilor, a reglării raportului dintre expir şi inspir, a stimulării capacităţii respiratorii, a dezvoltării ritmului, a auzului fonematic etc., care sunt aplicabile, de asemenea, având un caracter mai general. Şi în folosirea psihoterapiei se pot prelua principiile generale ce sunt valabile şi în aplicarea ei în scopuri curative în situaţia altor tulburări sau handicapuri determinate psihic sau somatic.

Asupra tuturor acestor metode şi procedee de corectare nu vom insista aici, deoarece vom reveni la fiecare categorie de tulburare.

În schimb, o menţiune aparte trebuie să o facem asupra metodelor de studiere a tulburărilor de limbaj. În genere, logopedia se foloseşte de aceleaşi metode pe care le utilizează psihologia în studierea limbajului normal. Avantajul constă în faptul că în

logopedie, limbajul este studiat aşa cum se manifestă, fenomenul nu mai trebuie provocat pe cale experimentală ,iar datele obţinute se pot raporta la manifestările normale. Mascarea limbajului tulburat este mai puţin probabilă şi urmărirea lui nu numai că se poate face ori de câte ori este necesar, dar se poate cerceta şi pe etape de vârstă, longitudinal, în care să fie cuprinşi un număr relativ mare de subiecţi. Valoarea experimentului în logopedie rezultă, aşadar, din geneza fenomenului de tulburare şi din manifestarea sa naturală în întregul comportament al logopatului. Totuşi, se pot provoca, experimental, diverse situaţii: de solicitare individuală, în grup, de rezolvare a unor sarcini pe bază de control sau autocontrol prin intermediul limbajului; de comunicare-recepţie în diferite activităţi, de adaptare la situaţie, de exprimare şi recepţie a influenţei persuasive şi expresive a limbajului etc.

Observaţia joacă, în logopedie, un rol deosebit. Condiţia esenţială a unei bune observări este aceea de a preciza, de la început, fenomenele pe care le urmăreşte, pentru că în timpul desfăşurării vorbirii pot apărea o serie de comportamente secundare. Este indicat ca înregistrarea datelor să se facă cu fidelitate şi este bine să se apeleze la mijloace tehnice, cum sunt: casetofonul, aparatul video, aparatul de filmat etc., pentru a surprinde exact aspectele urmărite. Pentru eliminarea accidentului, observaţia se poate desfăşura în perioade de timp diferite, cu atât mai mult cu cât se ştie că în cazurile de proasta dispoziţie sau oboseală, tulburarea de limbaj se agravează. Dată fiind susceptibilitatea deosebită a handicapatului, acesta nu trebuie să ştie că este observat, pentru că altfel apar fenomene de blocaj, de inhibiţie. Observatorul trebuie să-l urmărească pe logopat cum se manifestă atât în anturajul persoanelor cunoscute, cât şi al celor necunoscute, deoarece vorbirea şi comportamentul său diferă de la o situaţie la alta. În prezenţa cunoscuţilor, el se simte mai degajat, în timp ce în faţa necunoscuţilor el este mai rigid, mai reţinut.

Metoda convorbirii urmăreşte să stimuleze vorbirea logopatului, dar fără a-l pune în dificultate şi mai cu seamă fără a se aborda în discuţie acele subiecte care–i sunt penibile şi pe care el le ocoleşte. În nici un caz nu se vor consemna abaterile de la vorbirea standard în faţa subiectului. Discuţia poate fi orientată şi în direcţia surprinderii frământărilor interne ale subiectului, a mediului în care îşi desfăşoară viaţa şi activitatea, a descoperirii cauzelor tulburărilor de limbaj, a dorinţei de cooperare în activitatea logopedică ş.a.

În special, pentru limbajul scris este indicată folosirea metodei analizei produselor activității: compunerile, povestirile, lucrările de control, jurnalele intime etc.

Metoda biografică ne ajută la descoperirea antecedentelor tulburării şi a comportamentului subiectului pe baza relatării părinților, a rudelor, a profesorilor.

Metoda testelor, care se aplică azi tot mai mult în logopedie, urmăreşte să stabilească nivelul de abilitate verbală, consolidarea deprinderii în folosirea limbajului şi gradul de abatere de la normal. Totodată, prin intermediul testelor se pot surprinde tulburările afectiv-emoționale din sfera comportamentală, ca urmare a deficiențelor de limbaj.

În special, pentru limbajul scris este indicată folosirea metodei analizei produselor activității: compunerile, povestirile, lucrările de control, jurnalele intime etc.

Metoda biografică ne ajută la descoperirea antecedentelor tulburării şi a comportamentului subiectului pe baza relatării părinților, a rudelor, a profesorilor.

Metoda testelor, care se aplică azi tot mai mult în logopedie, urmăreşte să stabilească nivelul de abilitate verbală, consolidarea deprinderii în folosirea limbajului şi gradul de abatere de la normal. Totodată, prin intermediul testelor se pot surprinde tulburările afectiv-emoționale din sfera comportamentală, ca urmare a deficiențelor de limbaj.

Capitolul II

LOCUL LIMBAJULUI ÎN CADRUL SISTEMULUI PSIHIC UMAN

Psihologia contemporană consemnează numeroase studii privind limbajul şi comunicarea, abordate multilateral, nu numai de către disciplinele psihologice, dar şi de cibernetică, lingvistică, psiholingvistică, pedagogie etc. Cu toate aceste, o serie de aspecte legate de fenomenul limbajului, fie de ordin psihologic, fie psihofiziologic, rămân încă neelucidate, conducând la confruntarea de opinii. Lipsa unităţii în aprecierea limbajului şi a particularităţilor sale este mai accentuată, dacă ne referim la analiza comparativă a ideilor cuprinse în lucrările ce se ocupă de limbajul normal, tulburat şi patologic. În unele cazuri, se constată diferenţe sensibile între punctele de vedere în abordarea limbajului, în perioada dezvoltării ontogenetice şi în perioada maturităţii subiectului.

Datorită limbajului, oamenii au posibilitatea să coopereze în muncă, să-şi comunice experienţa de viaţă, dar şi să fixeze experienţa social-istorică, să-şi organizeze ideile şi activitatea, să se formeze ca personalităţi şi să-şi dezvolte conştiinţa individuală şi socială, limbajul fiind forma cea mai înaltă de exprimare şi manifestare individuală a omului. Limbajul face posibilă definirea omului, cu toate atributele sale, şi contribuie la crearea unui anumit statut în cadrul societăţii, dar în acelaşi timp îl prezintă aşa cum este, cu particularităţile sale individuale. Mai mult, limbajul conservă experienţa generaţiilor anterioare, devenind un bun al omenirii şi, în acelaşi timp, modalitate de cunoaştere şi de relevare a existenţei înconjurătoare. Limbajul, ca fenomen social, se îmbogăţeşte şi se dezvoltă în permanenţă, atât din

punctul de vedere al exprimării, cât şi al multiplelor influenţe ce acţionează asupra sa. Vorbind de rolul dialogului, M. Zlate (2000. pag. 191) subliniază că activitatea acestuia nu se întrerupe atunci când încetează comunicarea, deoarece starea de veghe presupune o folosire permanentă a conduitei verbale, de unde şi importanţa ei pentru viaţa psihică a omului.

Limbajul îndeplineşte o serie de funcţii, care sunt, în egală măsură, importante pentru om şi pentru viaţa sa socială. Printre cele mai importante se numără funcţia de comunicare, de organizare a ideilor şi activităţii, de fixare şi acumulare a experienţei social-istorice, de reglare a proceselor psihice ş.a. Prin rolul jucat de limbaj în reglarea proceselor psihice, se influenţează, hotărâtor, conduita umană. Investigaţiile psihologice, neuropsihologice, logopedice şi clinice relevă diversitatea funcţiilor limbajului nu numai în reglarea propriului comportament, dar şi al auditoriului şi al exprimării afectiv-atitudinale faţă de lumea înconjurătoare. O serie de funcţii ale limbajului, descrise mai recent în literatura de specialitate, ca aceea a descărcării tensiunii psihice, a afirmării personalităţii în plan social, dialectică etc. exprimă complexitatea şi importanţa pe care o are limbajul pentru om.

Janet şi Ombredane priveau limbajul ca fiind organizat pe niveluri funcţionale, cărora le corespund mai multe funcţii. Ombredane acordă funcţiilor limbajului un caracter utilitar, arătând că ele pot fi reduse la cinci: ***afectivă, practică, ludică, dialectică şi reprezentativă.*** Aceste funcţii nu sunt statice, ele devenind mai complexe şi dezvoltându-se odată cu evoluţia limbajului.

Importanţa limbii şi a limbajului a fost subliniată, adeseori, cu prilejul analizei raportului dintre gândire şi limbaj. Această legătură s-a constituit în cadrul activităţii prin afirmarea relaţiei dintre conştiinţă şi limbaj. Desigur, limbajul, ca manifestare psiho-individuală, nu se confundă cu limba, dar la baza exprimării sale stau diverse combinaţii de sunete, cuvinte şi propoziţii într-o anumită unitate caracteristică. Importanţa limbajului poate fi subliniată şi cu ocazia analizei unor aspecte legate de evoluţia inteligenţei copilului, a modului cum se structurează comportamentul şi personalitatea încă de la vârstele mici.

Actul de comunicare sau de exprimare a comunicării (limbajul expresiv), cât şi cel de recepţionare (limbajul impresiv), poate fi considerat ca o modalitate comportamentală sau o manifestare specifică a fiecărei persoane. Conduita verbală şi comportamentul uman general se influenţează reciproc. Conduita verbală poate

exprima mai adecvat preferințele și atitudinile umane, dar și posibilitățile sale psihice și culturale. Comportamentul, în general, este și el o modalitate de comunicare, deoarece exprimă anumite stări sufletești, atitudini față de realitatea înconjurătoare, dar nu este atât de variat, de complex și de bogat nici în conținut și nici în diversitatea exprimării, cum este conduita verbală. Din acest punct de vedere, Arhur Staats (1968) explică, pe bună dreptate, întregul comportament uman prin comportamentul lingvistic al omului care are astfel posibilitatea să controleze unele situații și să se raporteze în mod adecvat la ele.

Limbajul, ca manifestare comportamentală, se poate desfășura prin diverse forme, dar conținutul, semantica exprimării este aproximativ aceeași. Una din formele cele mai frecvent folosite și mai adecvate este vorbirea, care, ca modalitate de manifestare a limbajului, constă în antrenarea permanentă a omului în activitatea de comunicare. Astfel, vorbirea, ca formă de manifestare a conduitei verbale, reprezintă utilizarea individuală și specifică, într-o situație concretă a limbii. Realizarea vorbirii presupune combinarea unor forme purtătoare de sens și exprimarea lor desfășurată odată cu desfășurarea unui sistem de semne variabile de mare complexitate.

Prin intermediul vorbirii, se transmite o anumită cantitate de informație, se exprimă o anumită atitudine și stare afectiv–emoțională, în funcție de conținutul celor exprimate, se exercită o anumită influență asupra auditorului și asupra propriului comportament al vorbitorului. Datorită formei de manifestare exterioară a conduitei verbale, auditorul, arată G. A. Miller (1956, pag. 8), are posibilitatea să-l cunoască pe vorbitor sub aspectul naționalității, vârstei, sexului, zonei geografice unde s-a născut, mediului social din care provine și al nivelului de instrucție. De obicei, aprecierile valorice făcute de către auditor asupra interlocutorului nu se referă numai la aptitudinile și posibilitățile sale verbale, ci vizează întreaga sa personalitate, cu toate atributele ei psihologice. Dacă aceste aprecieri nu sunt făcute pripit și nu sunt elaborate în urma unei situații accidentale, ele corespund realității și pot fi confirmate în diverse împrejurări. În timpul desfășurării conduitei verbale, pe plan ideativ au loc combinări și sistematizări de stereotipuri care se finalizează printr-o serie de modalități psihice, elaborate în funcție de diferite activități.

Faptul că oamenii posedă stiluri verbale diferite determină accentuarea diferențelor subliniate mai sus. Prin aceasta, conduita verbală capătă o importanță deosebită și nu poate fi redusă la o

schemă de tip behaviorist. Tocmai de aceea se justifică critica făcută de N. Chomsky lui B. F. Skinner, care minimalizează contribuţia vorbitorului, acordându-i o valoare trivială şi complementară.

H. Sinclair a scos în evidenţă interdependenţa strânsă dintre capacităţile lingvistice şi dezvoltarea unor modalităţi de operare mintală. Astfel, are loc o interferare între sistemul lingvistic şi cel intelectual, prin punerea în valoare a întregii personalităţi.

În general, conduita verbală nu rămâne aceeaşi, ea se modifică în raport cu evoluţia psihică a omului, cu nivelul dezvoltării cultural-educative, cu particularităţile vârstei, cu tipul de motivaţie şi încărcătura afectivă (E. Verza, 1973).

Relaţia cea mai pregnantă se manifestă atât între conduita verbală şi dezvoltarea psihică generală, cât şi între conduita verbală şi gradul de normalitate al vorbirii sau al tulburărilor sale. Este ştiut că deficienţele intelectuale îngreunează învăţarea limbajului, iar manifestarea unei conduite verbale adecvate este influenţată negativ nu numai de slaba stăpânire a mijloacelor lingvistice, dar şi de dificultăţile de realizare a autocontrolului în învăţarea verbală. Tulburările limbajului, începând cu cele mai simple, influenţează negativ conduita verbală, ca urmare a posibilităţilor reduse de exprimare, iar pe de altă parte, a existenţei unei anumite temeri şi reţineri a handicapaţilor de limbaj, care îi împiedică să se desfăşoare la nivelul posibilităţilor psihice reale. Mijloacele ajutătoare de comunicare (mimica, gesturile etc.) intervin, adesea, în sprijinirea conduitei verbale a deficienţilor de limbaj, şi mai cu seamă a celor senzoriali, dar, deşi aceştia apelează frecvent la asemenea forme, se constată o slabă concordanţă în desfăşurarea vorbirii pe baza regulilor logice şi lingvistice (gramaticale, stilistice, lexicale, fonetice) şi semnificaţia ce rezultă din modalităţile de exprimare nonverbală. Fenomenul pare şi mai evident când este vorba de exprimarea unor intenţii şi atitudini sau a unor conţinuturi direcţionate implicit. Desigur, aceste neajunsuri sunt suplinite, într-o oarecare măsură, de existenţa contextului, dar şi acesta are o cuprindere simplificată.

Forma sub care se desfăşoară conduita verbală, cât şi relaţia dintre vorbitor şi interlocutor, imprimă un anumit conţinut de idei şi o anumită fluenţă vorbirii. Spre deosebire de dialog, monologul reflectă mai bine şi mai nuanţat procesul ca atare, din planul mintal. În ultimă instanţă, în aceste forme de limbaj dezvoltarea intelectuală şi posibilităţile psihice apar în plină desfăşurare şi complexitate. Dacă în dialog sunt mai vizibile rezultatele discuţiei, în monolog se

evidenţiază mai pregnant latura semantică a vorbirii, conţinutul, sensul ei. De aceea, şi nivelul de cultură al vorbitorului se prezintă, în monolog, ca o condiţie a desfăşurării sale din punct de vedere calitativ superior. Gradul de cultură al omului imprimă un anumit stil. Fiecare om operează cu un anumit vocabular care are o factură mai colorată sau mai sobră şi, în general, posedă o anumită fluiditate, coerenţă, logică, Din acestea, rezultă faptul că prin vorbire pot fi puse în evidenţă şi cercetate o serie de caracteristici ale personalităţii. Vorbirea exprimă, în final, tocmai particularităţile personalităţii, o serie de însuşiri ale caracterului, ale temperamentului şi ale aptitudinilor verbale ale vorbitorului. Tocmai de aceea se poate vorbi de arta dificilă şi complexă de a şti să vorbeşti în diferite împrejurări şi să te adaptezi la situaţiile evocate.

Nu în ultimul rând, merită a fi remarcat şi faptul că prin vorbire pot fi puse în evidenţă perturbările sau dereglările mecanismelor logice operante ce intervin în comunicare. În dialog, spre deosebire de monolog, tulburările de vorbire pot fi ascunse, mascate de către vorbitor. În măsura în care vorbirea se desfăşoară cu pauze mari, ea permite vorbitorului să se gândească şi să-şi aleagă anumite cuvinte pe care le utilizează mai bine şi, concomitent, el poate să evite acele cuvinte care ar face dificilă comunicarea.

„Această strategie este evidentă în cazurile de bâlbâială şi dislalie gravă. În astfel de cazuri, monologul (datorită conţinutului şi sensului pe care îl urmăreşte vorbitorul) pune în evidenţă mai pregnant dereglările de limbaj care perturbă fluiditatea, cursivitatea, necesară şi caracteristică monologului" (E. Verza, 1973, pag. 15-16).

Aşadar, conduita verbală este superioară oricărei alte forme de comportament uman pe care îl subordonează, îl direcţionează şi îl stimulează. În acest context, J. Piaget (1966) remarcă superioritatea conduitei verbale, prin raportarea ei la conduita sensori-motorie, ceea ce permite şi sublinierea etapelor de dezvoltare a comunicării în copilărie.

În evoluţia ontogenetică a copilului, conduita verbală se dezvoltă şi se îmbogăţeşte în permanenţă, modalităţile verbale devin mai complexe şi mai diversificate. Conţinutul şi semnificaţia celor exprimate prin intermediul conduitei verbale se încarcă de caracteristici subtile şi rafinate. Acest conţinut este transpus în forme exterioare mai variate, care poartă, mai mult sau mai puţin, pecetea, marca fiecărei personalităţi. Prin dezvoltarea limbajului şi prin evoluţia psihică generală, copilul îşi însuşeşte noi modele de conduită

verbală care contribuie nemijlocit la acumulare experienței sociale. Şi invers, dezvoltarea psihică nu ar fi posibilă fără comunicarea verbală şi, în general, în afara conduitei verbale. (A. N. Leontiev, 1964). Astfel, devine mai accesibilă înțelegerea „sistemului deschis" al limbajului, care se conservă prin fluxul continuu de schimburi cu mediul (J. Piaget, 1971), şi aceasta, desigur, în cadrul ambianței sociale.

Dacă până la intrarea copilului în şcoală, vorbirea se însuşeşte mai mult sau mai puțin spontan, în şcoală are loc aşa zisa „culturalizare" intensă a conduitei verbale, prin acordarea de sensuri noi sub influența particularităților intelectuale. Factorul de instrucție şi educație, ca şi dinamica proceselor psihice, care se modelează sub influența acestora, determină comportamente variate şi complexe, a căror finalizare solicită intens planurile intelectuale. Conduita verbală este influențată, aşadar, de o sumă de factori. La unii din aceştia ne-am referit mai sus, iar pe alții îi vom analiza în continuare, pe baza unor experimente efectuate de noi, cu scopul de a surprinde particularitățile conduitei verbale. Decelarea acestui fenomen, pe baza unor experimente, poate să surprindă inserția subtilă a limbajului în comportamentele dobândite şi în personalitatea umană.

Experimentul s-a efectuat pe două loturi de copii: 60 de copii proveniți din şcoala generală, clasele a III-a, a V- a şi a VII-a (câte 20 de elevi din fiecare clasă) şi acelaşi număr de copii (60) din şcoala specială, aparținând, de asemenea, claselor indicate. Toți subiecții au fost supuşi la patru probe: 1. să răspundă la proba asemănării din WISC; 2. să răspundă la proba vocabular din WISC; 3. să realizeze o compunere, având la dispoziție timp nelimitat şi 4. să scrie, în interval de 10 minute, cât mai multe cuvinte. Timpul folosit de fiecare subiect pentru realizarea compunerii era notat de experimentator fără ştirea subiecților. Subiecții nu au fost selecționați, ci luați la întâmplare din clasele respective.

Datele obținute de la cele două loturi diferite de subiecți ne-au permis să efectuăm o comparație între calitatea şi cantitatea conduitei verbale, în funcție de situația dată, pe de o parte, iar pe de altă parte, să apreciem conduita verbală în funcție de dezvoltarea psihică.

La copiii cu intelect normal, se constată o serie de diferențe semnificative în funcție de vârstă şi clasă (tabelul nr.1). Aceste diferențe sunt şi de ordin calitativ şi cantitativ. În cazul compunerilor, la copiii din clasa a III-a se observă un efort vădit şi o preocupare intensă pentru redarea coerent-logică a celor exprimate. Ei caută să

găsească elementele necesare pentru restructurarea ca sens a narațiunii și să creeze cititorului posibilitatea de a „descifra" sensurile și evenimentele relatate în compunere.

Tabelul nr. 1.

Clasa	Nr. subiecților	Nr. punctelor la proba asemănări	Nr. punctelor la proba vocabular	Nr. cuvintelor la proba cuvinte	Timpul utilizat la proba compunere	
					total	medie
III	20	268	662	928	7h.50'	23'30"
V	20	343	998	1745	8h.38'	25'54"
VII	20	432	1425	2172	9h.58'	29'54"

Din probele de compunere, mai ales la elevii clasei a VII-a, reiese vizibil procesul de transpunere spontană a unor aptitudini verbale, particularități de personalitate, aspirații și atitudini față de evenimentele cuprinse în narațiune. Se poate afirma, prin urmare, că dezvoltarea intelectuală facilitează proiectarea personalității, astfel încât intuițiile, ideile, trăirile interioare, contextele devin transparente.

Copiii cu intelect normal sunt capabili să efectueze compoziții care denotă posibilități de integrare a elementelor disparate într-o povestire cu explicații plauzibile. Interesant este că episoadele descrise se realizează pe baza unor motivații, fenomen mai accentuat la subiecții din clasa a V-a, dar mai cu seamă la cei din clasa a VII-a. În cazul acestora, conduita verbală are un fir logic, derivat din închegarea într-un tot a elementelor prezentate, iar personajele înfățișate sunt capabile de reușite și de eșecuri, „trăiesc" un moment din viața lor.

La copiii cu intelect normal, dar care manifestă tulburări de limbaj, deși se mențin aceste caracteristici, se observă o anumită reținere în folosirea cuvintelor, a noțiunilor. Pauzele care intervin în vorbirea orală nu se datorează neînțelegerii sensului celor exprimate, ci dificultăților de pronunție sau existenței unor cuvinte care au pentru copil o încărcătură afectivă anxioasă, rezultată din greutatea emiterii lor și nu din cauza semnificației cuvintelor. Desigur, în acest caz, procesul de organizare al narațiunii se realizează mai greoi și cu unele ezitări.

În genere, copiii din şcoala generală încearcă să găsească mecanismul cauzal al conţinutului povestirii şi, prin aceasta, naraţiunea are un context dens. Elementele din povestire au o interpretare originală şi interesantă, sunt plasate în timp şi spaţiu, de unde rezultă cunoştinţele subiectului, experienţa sa de viaţă, capacitatea de interpretare şi de operare cu elementele respective, în scopul întregirii epicii naraţiunii. Unii dintre subiecţi emit judecăţi de valoare cu privire la acţiunile pe care le fac personajele respective, iau atitudine implicită sau explicită faţă de comportarea acestora.

La proba asemănări, copiii cu intelect normal reuşesc să sesizeze esenţa asemănărilor dintre cuvinte-noţiuni. Ei redau ceea ce este comun şi specific prin afirmarea asemănărilor şi nu a deosebirilor dintre noţiuni – aşa cum procedează deficienţii mintal. Şi la proba de vocabular, definiţiile date de copii reflectă capacitatea de sinteză şi de exprimare în termeni concişi, prin folosirea unei vorbiri adecvate. Performanţele, atât la o probă cât şi la cealaltă, au un caracter semnificativ de la o clasă la alta, fapt ce poate fi explicat prin dezvoltarea psihică generală în funcţie de vârstă şi prin eficienţa procesului instructiv-educativ.

Proba de cuvinte denotă folosirea unui număr relativ mare de cuvinte, dar şi o serie de caracteristici calitative, rezultate din conţinutul abstract şi diversificat al cuvintelor. Spre deosebire de deficientul mintal, care utilizează majoritatea cuvintelor denumind obiectele aflate în preajma sa, copilul normal face apel la cuvinte cu un conţinut bogat şi variat.

La copiii cu debilitate mintală, la proba de asemănări se constată diferenţe semnificative între performanţele realizate raportate la clasă. Diferenţele sunt mai semnificative între subiecţii din clasele a III-a şi a V- a, în comparaţie cu diferenţele dintre cei din clasele a V-a şi a VII –a (tabelul nr. 2).

Tabelul nr.2

Clasa	Nr. subiecţilor	Nr. punctelor la proba de asemănări	Nr. punctelor la proba de vocabular	Nr. cuvintelor la proba cuvinte	Timp utilizat la proba compunere	
					Total	Media
III	20	83	198	610	6h. 18'	18'54"
V	20	126	368	1290	6h. 29'	19' 27"
VII	20	143	563	1303	6h. 21'	19' 3"

Ceea ce caracterizează răspunsurile date de copiii din clasa a III-a este faptul că ele nu exprimă esenţa asemănărilor dintre cuvinte-noţiuni. Sunt aleatorii răspunsurile care ar trebui să sesizeze esenţa asemănării dintre noţiuni; ele nu au un caracter de descriere a ceea ce este comun şi nici măcar nu evidenţiază caracteristicile principale. În mai multe cazuri, subiecţii încep a răspunde nu prin afirmarea asemănărilor, aşa cum este formulată sarcina, ci prin descrierea deosebirilor. Abia după ce li se atrage din nou atenţia asupra sarcinii formulate, unii reuşesc să descrie asemănările. Aceste caracteristici se menţin, în mare măsură, şi la copiii din clasele a V-a şi a VII-a, apărând, însă, unele descrieri ceva mai complete. Copiii mari reuşesc, în special, să înţeleagă mai bine sarcina, dar posibilităţile legate de sesizarea asemănărilor dintre noţiuni sunt reduse. S-a constatat că atunci când sunt ajutaţi să dea primele răspunsuri corecte, ei se descurcă mai bine, deoarece se menţin în cadrul schemei date. Frecvente sunt situaţiile de transpunere rigidă a răspunsurilor într-o schemă sugerată de experimentator sau se păstrează chiar schema folosită prima dată de subiect. Aşadar, structura limbajului la debilul mintal se caracterizează prin imobilitate, rigiditate, atât pe linia exprimării, articulării şi succesiunii cuvintelor în propoziţie şi frază, cât şi din punct de vedere semantic şi de structură a ideilor, al ordinii şi succesiunii lor.

La proba de vocabular, rezultatele obţinute denotă o diferenţiere sensibilă între copiii de vârste şi clase diferite. Copiii din clasa a III-a obţin 198 de puncte, cei din clasa a V-a, 368, iar cei din clasa a VII-a, 563. Media realizată pe subiect este extrem de mică, dacă avem în vedere posibilitatea pe care o oferă proba de a obţine un punctaj mai mare.

Aceste rezultate slabe sunt urmarea faptului că deficienţii mintal nu reuşesc să definească noţiunea printr-un sinonim sau să descrie caracteristicile determinante pentru categoria generală la care aparţine cuvântul. Cele mai multe răspunsuri descriu vag sau exprimă o utilitate puţin precizată a obiectului sau fenomenului respectiv. Pe măsură ce noţiunile devin mai greu de definit (spre sfârşitul probei), înţelegerea conceptuală devine tot mai dificilă. La multe nu se dau nici un fel de răspunsuri, iar la altele răspunsurile sunt complet greşite. Desigur, particularităţile descrise sunt mai accentuate la copiii mici.

La proba de cuvinte, diferențe foarte semnificative apar între copiii din clasa a III-a (610) și cei din clasa a V-a (1290), în timp ce între ultimii și cei din clasa a VII-a (1303) diferențele nu sunt semnificative. Acestea denotă că acumulările în structura limbajului la debil, în interdependență cu dezvoltarea gândirii, au un caracter mai pronunțat în clasele mici (la vârstele mici), după care urmează acumulări lente, cu diferențe mai mici între etapele succesive. De aici concluzia că vocabularul copilului cu debilitate mintală se îmbogățește mai ușor și mai rapid în primele clase, pentru ca mai apoi perioadele de achiziții de noi cuvinte să fie mai lungi. În cazurile de deficiențe intelectuale grave, apar chiar perioade de stagnare. Aceasta exprimă, în ultimă instanță, potențele intelectuale ale acestor copii, gradul sau nivelul pe care îl pot atinge sub raportul dezvoltării gândirii și al structurilor de limbaj.

În ceea ce privește conținutul conceptual al cuvintelor enunțate, ele se caracterizează printr-un înalt grad de concretizare și intuitivitate. Nediferențierea conținutului semantic al cuvintelor, la unii copii, sau lipsa activismului, a conștientizării celor exprimate, la alții, duce la scrierea unor cuvinte de două ori: o dată la singular și o dată la plural (creion, linie – creioane, linii). La clasa a III-a, numai doi copii folosesc și unele cuvinte cu un caracter abstract mai accentuat. 50% din aceștia enunță cuvintele în propoziții, deși sarcina a fost înțeleasă. Unii folosesc în exclusivitate nume proprii. La clasa a V-a, un singur copil formulează propoziții, iar la a VII-a, nici unul. Numărul copiilor care folosesc și cuvinte abstracte este mai mare, în special la cei din clasa a VIII-a, unde procentul este de peste 50%.

Compunerile pun în evidență mai bine particularitățile structurale ale limbajului și comprehensiunea ideilor. Conținutul este foarte sărac și exprimat prin propoziții scurte și incoerente. Unele nici nu constituie compuneri, ci propoziții separate, fără nici o legătură între ele. La clasa a VII-a, nu se mai întâlnesc asemenea compoziții, dar persistă caracterul incoerent și sărac în conținut. Incoerența este cauzată nu numai de inteligența deficitară, ci și de imobilitatea structurilor verbale sau de folosirea „șabloanelor” în vorbire.

În alegerea subiectului pentru compunere se constată că predomină tema vacanței, iar alții improvizează o narațiune cu multe elemente din poveștile învățate sau reproduc întocmai cele însușite cu alte prilejuri. Aceasta dovedește inerția gândirii, persistența elementelor anterioare în activitatea prezentă a debilului. Narațiunea nu este cursivă, nu urmărește un fir logic în povestire, iar conținutul

sărac în idei accentuează şi mai mult structura rigidă a limbajului şi existenţa unor expresii banale, stereotipe.

Unele lucrări poartă un titlu („Vacanţa de iarnă", „Cum mi-am petrecut vacanţa" etc.), şi au o încheiere menţionată în text („şi cu asta închei mica mea compunere"). Alte lucrări au şi un desen, de exemplu, o fetiţă cu o floare (clasa a III-a) şi chiar încercări de a compune versuri („poiană şi poieniţă", „mult mi-eşti dragă şi iubită" – clasa a V-a).

Deşi timpul acordat pentru compunere a fost nelimitat, copiii cu debilitate mintală utilizează, în general, un timp foarte scurt, ceea ce denotă că posibilităţile de concentrare sunt limitate, ca urmare a antrenării reduse în sarcina de comunicare, a unui slab efort în mobilizarea capacităţii de verbalizare. Copiii debili nu elaborează mai întâi un plan de expunere, îşi expun ideile la întâmplare, fără legătură între ele, iar cuvintele şi propoziţiile nu sunt alese şi nici nu exprimă, totdeauna, sensul adecvat ideii.

Exprimarea ideilor este îngreunată şi de prezenţa, la majoritatea copiilor, a tulburărilor de limbaj. La clasa a III-a, dislalia şi unele forme de bâlbâială uşoară coexistă cu disgrafia, iar la clasa a V-a şi în special la clasa a VII-a, cazurile de dislalie şi bâlbâială sunt puţin frecvente, dar se menţin în număr mare disgrafiile. Dislalia debilului are un evantai foarte larg, deoarece înlocuirile, omisiunile, confuziile şi deformările se produc fără regulă, întâmplător. În timp ce formele dislaliei la debil sunt complexe, iar labilitatea este mai mare ca la normal, bâlbâiala are o pondere relativ mai mică şi nu este atât de complexă, comparativ cu alte forme ale tulburărilor de limbaj. Ea nu este atât de accentuată ca la dislalicii normali, se manifestă mai mult sub forma repetărilor şi, din această cauză, se corectează mai facil. Deficienţele de vorbire prezintă un anumit specific şi sunt caracterizate prin voce slabă, vorbire parţial sau total neinteligibilă, ca urmare a articulaţiei defectuoase, ca şi a lacunelor în cunoştinţele gramaticale, sintactice şi semantice: ritmul, intensitatea, debitul şi timbrul sunt dezagreabile.

Greşelile de tip disgrafic apar în aproape toate compunerile şi chiar în proba de cuvinte. Cele mai frecvente sunt înlocuirile sau substituirile: m←n, u←n, ţ→t, b↔d, ş→s, ă→a, a→e, s→z, b→p, d→t, b→g, f↔v, ghe→ge, chi→ci, t→p, l→r, c→g, i→e, ţ↔s; omisiunile literelor i, r, c, u, e, ă, l, t, p şi în special ale celor finale, ale diftongilor şi triftongilor; adăugiri, i, e, n; deformări de cuvinte: ***ieveion*** în loc de revelion, ***plimbae*** în loc de plimbare; contopiri sau

greşeli de tip gramatical. Apar, de asemenea, o serie de neregularităţi dimensionale ca, de pildă, nerespectarea mărimii grafemelor, a intervalelor dintre ele şi, în general, a spaţiului grafic.

Inteligibitatea limbajului este scăzută nu numai din cauza gândirii deficitare a debilului, dar şi din cauza existenţei unui mai mare număr de tulburări de limbaj.

Toate acestea accentuează fenomenul de perseverare verbală, care este specifică pentru structurile de limbaj incoerente. Aceasta face să crească sensul aleatoriu al celor exprimate, simplificând la maximum structura naraţiunii – caracteristică pentru lipsa de nuanţări a relatării – receptarea fenomenelor de limbaj devenind astfel foarte greoaie.

Fluenţa caracteristică pentru debilul mintal, în desfăşurarea ideilor, este de aşa natură încât îl face să opereze fragmentar şi discontinuu în relatarea verbală, ajungând la naraţiune, care nu se poate constitui totdeauna în unitate structurală. Deoarece mecanismele elaborării sensului şi semnificaţiei nu acţionează facil, rezultă un ritm lent în formarea gândirii critice şi a conceptului de cauzalitate. Desigur, aceasta influenţează negativ conduita verbală, în sensul că se manifestă stereotip, rigid şi, în unele cazuri, chiar absurd.

Conduita verbală a debilului mintal se centrează, de obicei, în jurul unui singur element, care nu este cel mai important, dar la care s-a referit prima dată, în timpul naraţiunii, şi persistă în continuare pe acesta.

Acest fenomen de perseverare verbală este caracteristic pentru structurile operative incoerente ale gândirii. Prezenţa fixaţiei ideative rezultă din caracterul descriptiv, axat pe un model nesemnificativ şi neesenţial. Atunci când pe fondul debilităţii mintale se manifestă şi tulburări de limbaj, ele contribuie la accentuarea caracterului aleatoriu al celor exprimate, se manifestă lacune de idei şi incoerenţă în desfăşurarea conduitei verbale. În genere, tulburările de limbaj modifică conduita verbală nu numai pe fondul structurilor psihice deficitare, dar şi la subiecţii cu intelect normal dezvoltat. Modificările respective nu sunt atât de profunde, nu numai din cauza intelectului normal, dar şi pentru faptul că determinările deficienţelor de limbaj sunt specifice de la o categorie de subiecţi la alta. Pe de altă parte, manifestările vorbirii tulburate nu sunt nici ele identice la subiecţii debili şi la cei normal dezvoltaţi. La debilii mintal, ele sunt mai rebele şi mai labile, ceea ce influenţează negativ asupra timpului necesar

cauza conştientizării handicapurilor de limbaj, are loc o creştere a tensiunii psihice, o încordare stresantă care tulbură desfăşurarea conduitei verbale. Debilii mintal, fie că nu acordă o importanţă prea mare acestor handicapuri, fie că lentoarea în exprimarea ideilor implică folosirea unor cuvinte, noţiuni mai puţin pretenţioase, fapt pentru care handicapul apare mai puţin accentuat. În majoritatea cazurilor, tulburările de limbaj amplifică şi accentuează starea de iritare, de irascibilitate, ceea ce duce la manifestarea unei conduite verbale sub posibilităţile psihice ale subiectului.

Conduita verbală a handicapaţilor de limbaj se manifestă prin mai puţine nuanţări în relatare, folosirea mai frecventă a gesturilor, a mimicii şi a pantomimicii, pentru a se face mai bine înţeleşi de interlocutor.

Aşa cum se poate constata din cele două tabele, timpul utilizat în relatarea verbală este diferit de la un lot la altul. Debilii mintal folosesc un timp mult mai scurt faţă de lotul cu intelect normal. Aceasta se explică prin faptul că subiecţii cu intelect normal dezvoltat sunt preocupaţi de calitatea relatării, folosesc un vocabular mai bogat şi mai nuanţat, vorbirea este mai explicită şi conţine o mai mare bogăţie de informaţii. Debilii mintal întâmpină dificultăţi în formularea logică a propoziţiilor şi frazelor, folosesc o vorbire lacunară, cu elemente reduse. Dacă nu sunt diferenţe însemnate între timpul utilizat de copiii debili mintal din clasa a III-a faţă de cei din clasele a V-a şi a VII- a, la subiecţii cu intelect normal apar diferenţe semnificative. Copiii din clasele mai mari au nevoie de un interval de timp mai mare, deoarece conduita verbală este mai bogată şi mai complexă. La ei se manifestă şi o creştere a exigenţei, atât faţă de conţinutul celor exprimate, cât şi faţă de modul în care sunt redate, faţă de calitatea exprimării, fluenţa, debitul şi coerenţa vorbirii. Conduita verbală exprimă trăirile noastre afectiv-emoţionale, voliţionale, motivaţionale sau într-o exprimare sintetică, starea noastră sufletească la un moment dat. Comparativ cu alte forme de comportament uman, conduita verbală este supusă unui control riguros al conştiinţei. Aceasta cu atât mai mult cu cât conduita verbală reflectă, implicit sau explicit, dinamica dezvoltării psihice a omului, nivelul său de cultură şi educaţie, gradul de înţelegere şi caracteristicile proceselor de cunoaştere. Conduita verbală pune în evidenţă particularităţi ale personalităţii, ale intereselor şi intenţiilor,

ale atitudinii față de situația relatată, ale simpatiei și antipatiei, ale simțămintelor față de ceea ce se vorbește și față de interlocutor.

Conduita verbală este influențată de mediul social în care trăiește și se dezvoltă omul. Ea diferă de la o perioadă la alta, fiind în funcție de natura solicitării, de gradul de participare a subiectului, de importanța ce i se acordă conținutului și formei comunicării, de contextul social în care se desfășoară. Ambianța, mediul în care se manifestă conduita verbală, pot exercita o influență stimulatorie sau inhibitorie, pot determina amplificarea sau reducerea relatării și, în final, accentuează efortul, mai mic sau mai mare al vorbitorului pentru exprimarea unui conținut bogat de idei, iar în ceea ce privește auditorul, contribuie la o mai bună înțelegere și stocare de informații.

Un alt factor important în determinarea conduitei verbale îl constituie predispozițiile individuale, aptitudinile pentru limbaj, care diferențiază efectele procesului educativ și ale experienței de viață. Diferențele individuale notabile din perioada copilăriei păstrează o serie de caracteristici specifice, ce se mențin și la vârstele adulte. Normalitatea sau deteriorarea limbajului imprimă conduitei verbale un anumit curs, care poate fi temporar sau care lasă urme pentru întreaga viață. În situația de deteriorare gravă a limbajului, chiar subiecții cu intelect normal ajung la o conduită verbală caracterizată printr-o relativă simplitate și uniformitate.

Într-un alt experiment efectuat (E.Verza, 1973) pe trei loturi de copii (cu intelect normal, dar fără tulburări de limbaj, cu intelect normal și cu tulburări de limbaj și un lot de debili mintal), la care am aplicat un set de probe de inteligență și un alt set pentru limbaj, a rezultat o dispersie a performanțelor realizate de fiecare lot de subiecți. Reprezentând grafic rezultatele obținute, pe bază de medie, la probele de inteligență (fig. 1) și la probele de limbaj (fig. 2) se poate efectua o analiză comparativă pentru cele trei loturi.

Diferențele semnificative de nivel (reprezentate pe axa orizontală) pot fi evidențiate atât la probele de inteligență, cât și la cele de limbaj. Dacă la probele de inteligență, curbele loturilor de subiecți cu intelect normal dezvoltat se suprapun, relativ, pe aproape întregul domeniu de variație, la probele de limbaj, suprapunerile au loc numai pe extremități (performanțe minime și maxime) și au un caracter nesemnificativ. La subiecții cu debilitate mintală, diagrama variației performanțelor se plasează spre limita performanțelor inferioare, atât la limbaj, cât și la inteligență.

Dispersia performanţelor înregistrate denotă că la subiecţii handicapaţi mintal are loc o concentraţie în jurul valorii medii, mai accentuată decât la ceilalţi. Diagrama la probele de inteligenţă descreşte relativ lent, iar la probele de limbaj descreşte brusc, ceea ce indică diferenţe de omogenitate a lotului şi faptul că această categorie de subiecţi obţin rezultate mai bune la limbaj şi mai slabe la inteligenţă. De aici, concluzia că limbajul se supune mai facil influenţelor educative faţă de inteligenţă şi, ca atare, se poate ajunge la o conduită verbală ce permite relaţionarea relativă cu mediul înconjurător.

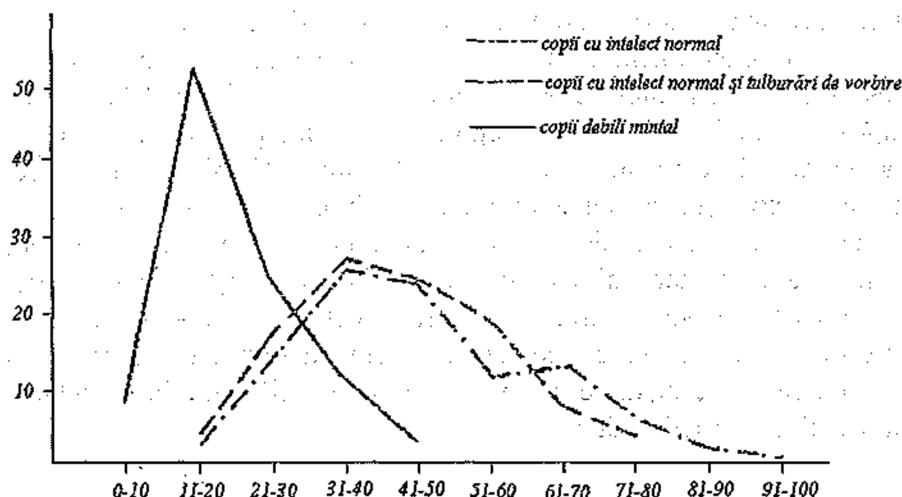


Fig. 1.

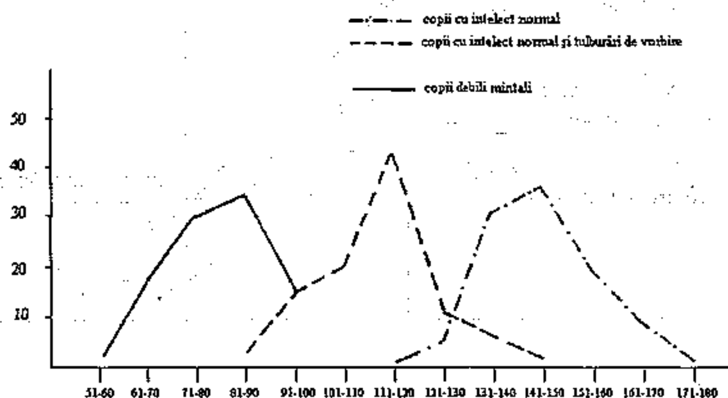


Fig. 2.

La subiecții cu intelect normal apar diferențe semnificative la probele de limbaj. Performanțele medii pe care le ating mulți handicapați de limbaj sunt mai mici; rezultă o omogenitate diferită a lotului respectiv, cât și o abatere mai pronunțată de la forma ideală a curbei lui Gauss. În cazul probelor de inteligență, cele două loturi de subiecți cu intelect normal realizează performanțe relativ asemănătoare.

Diferențe în conduita verbală apar și în funcție de caracteristicile sexului. De altfel, relațiile ocupaționale și influențele educative acționează în mod diferit asupra oamenilor, în funcție de sex și, prin aceasta, se imprimă un anumit stil conduitei verbale. O asemenea analiză apare sporadic în literatura psihologică

În experimentul amintit, am constatat că, la fete, în desfășurarea conduitei verbale, apare un număr mai mare de cuvinte față de conduita verbală a băieților, într-o situație identică; aceeași caracteristică se menține și în cazul lotului de subiecți cu intelect normal dezvoltat, dar cu tulburări de vorbire. În schimb, la lotul de subiecți handicapați de intelect, situația se inversează: băieții utilizează un număr mai mare de cuvinte în comparație cu fetele (fig. 3). Aceasta se poate explica pe baza structurii morfo-funcționale a loturilor studiate, care, pe de o parte, determină diferențe în acumularea de cunoștințe, iar pe de altă parte, diferențe în receptarea procesului instructiv-educativ.

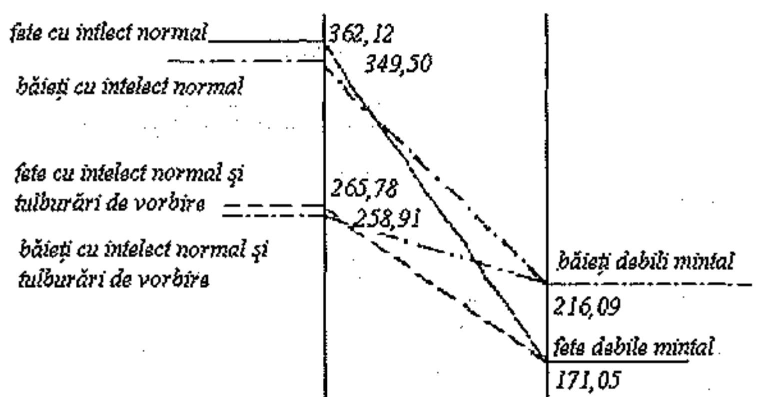


Fig. 3.

Şi în acest caz, se poate constata rolul negativ exercitat de handicapurile de limbaj asupra capacităţilor de acumulare şi manifestare a conduitei verbale.

Desigur, şi vârsta subiecţilor cuprinşi în experimentul nostru favorizează fetele, deoarece în această etapă de dezvoltare ontogenetică sexul feminin manifestă aptitudini mai accentuate pentru limbaj. Şi în activităţile ludice sau de clasă, am putut constata o mai mare vioiciune a fetelor în vorbire şi o utilizare mai facilă a expresiilor verbale.

Dacă analizăm performanţele de ansamblu ale limbajului realizate de subiecţi, în raport de sex, constatăm o situaţie identică (fig. 4). În schimb, nu se pot semnala diferenţe semnificative între fete şi băieţi, dacă luăm în considerare calitatea relatărilor verbale, alcătuirea lor inteligibilă, logică. Această calitate se corelează cu nivelul de dezvoltare psihică şi de limbaj a subiecţilor, cu experienţa şi vârsta lor.

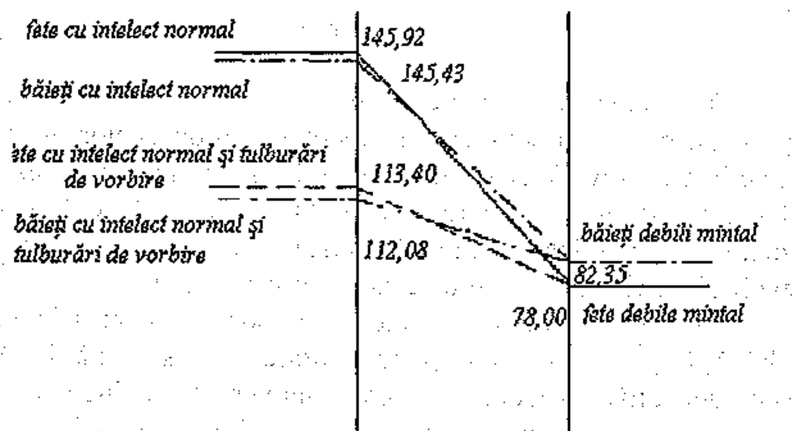


Fig. 4

Performanţele rezultate din aplicarea probelor de inteligenţă ne arată că băieţii din loturile cuprinzând subiecţi cu intelect normal dezvoltat au obţinut rezultate mai bune faţă de cele ale fetelor din aceleaşi loturi, iar la debilii mintal, fetele au performanţe mai mari faţă de băieţi (fig. 5).

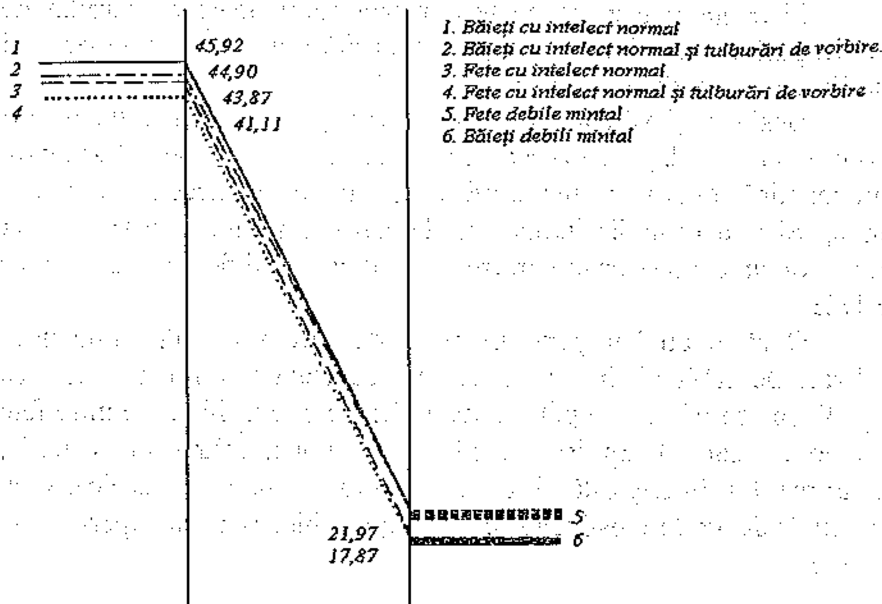


Fig. 5.

Din punct de vedere psihopedagogic, aceste aspecte au importanță pentru diferențierea metodelor și procedeelor în procesul instructiv-educativ, pe de o parte, iar pe de altă parte, teoria dezvoltării psihice, în general, și teoria limbajului în special se bazează pe studierea diferențială psihoindividuală, în vederea formării și dezvoltării unei conduite verbale calitativ superioare.

Studierea conduitei verbale are importanță pentru înțelegerea modalităților de structurare și prefigurare a personalității. Dar, pe măsura dezvoltării personalității, conduita verbală devine mai matură, mai complexă și poartă semnificații multiple. Perioada copilăriei constituie un exemplu în această privință, ca și în dezvoltarea întregii activități psihice. Nu există forme de comportament uman care să se realizeze la nivelul calitativ al conduitei verbale, să aibă atât de multiple semnificații de cultură și cunoaștere, de înțelegere și exprimare, de încărcătură afectivă și de motivație diversă. Tocmai aceasta accentuează rolul coordonator și determinant al conștiinței în desfășurarea conduitei verbale, dar care este influențată de rezultatele la care ajunge conduita verbală.

În reglarea conduitei verbale, un rol deosebit de important îl are latura calitativă a informației, atât din punct de vedere semantic,

cât şi pragmatic. Se poate spune că valoarea capacităţii rezolutiv-reglatorie a conduitei verbale este cu atât mai ridicată cu cât în ea se concentrează o cantitate mai mare şi cu cât în ea se concentrează o cantitate semantică şi pragmatică de informaţie mai importantă. „Îmbinarea celor două laturi (semantică şi pragmatică – nn.) determină valoarea instrumentală reală a ceea ce numim, în mod curent, sistem de cunoştinţe. O cunoştinţă este cu atât mai validă şi mai eficientă, cu cât ea mediază un volum mai mare de operaţii de reglare"(M. Golu, 1975, p.290).

De altfel, rolul cel mai important în reglarea comportamentului uman, în general, îi revine controlului voluntar, activat şi motivat, care se foloseşte de semnalele verbale. Cuvântul, cu întreaga sa încărcătură semantică şi pragmatică, devine instrumentul de bază în reglarea finală a comportamentului. A.R.Luria şi colaboratorii săi (1962) au demonstrat că finalizarea comportamentului mintal şi motor este în funcţie de nivelul de activare a comenzilor verbale. Studiind diferite cazuri patologice, ca de pildă sindromul cerebro-astenic şi parkinsonismul, a constatat că prin însăşi reducerea parţială a funcţiilor aparatului articulator, atunci când are loc o întărire sau autoîntărire verbală, se poate ajunge la o ameliorare a dinamicii executorii a verigilor eferente, finale. Prin perturbarea funcţiilor aparatului articular (aşa cum se întâmplă în dislalia mecanică) nu numai că se determină dereglări în recepţia limbajului, dar pot avea loc perturbări şi la nivelul unor acte înalt automatizate, cum ar fi calculul elementar, scris-cititul şi executarea unor operaţii de analiză şi sinteză. Aceasta cu atât mai mult cu cât subiectul se concentrează asupra unor verigi executive de modelare şi executare a actului final al conduitei verbale şi nu asupra a ceea ce se petrece în planul intern al desfăşurării şi codificării conţinutului informaţional.

Pe baza feed-back-ului secvenţial, are loc o evaluare a rezultatelor parţiale ale conduitei verbale, iar datorită feed-back-ului global, ele sunt integrate în schema bloc de execuţie şi se evaluează efectul final, valoarea şi eficienţa stabilite iniţial. În funcţie de această eficienţă, conduita verbală este supusă unui proces de analiză din partea conştiinţei şi, ca urmare, este acceptată, respinsă sau corectată. Efectul final pozitiv sau negativ al conduitei verbale influenţează personalitatea şi viitoarele sancţionări din partea conştiinţei. Astfel, se ajunge la elaborarea feed-back-ului în reglarea conduitei verbale.

Capitolul III

MECANISMELE NEUROFIZIOLOGICE ŞI PSIHOLOGICE ALE LIMBAJULUI

Elucidarea mecanismelor neurofiziologice şi psihologice ale limbajului a constituit una dintre cele mai intense preocupări din partea specialiştilor. Dacă până nu demult materialul faptic, adunat în urma unor experimente şi observaţii, părea că este suficient pentru aprecierea complexităţii producerii şi înţelegerii fenomenului limbaj, din punct de vedere neurofiziologic, cercetările recente au scos la iveală noi date care aruncă o oarecare nedumerire asupra rolului jucat de elementele implicate în organizarea şi manifestarea limbajului. Odată cu acumularea unor informaţii, problema nu mai pare atât de simplă. Există, totuşi, un mare avantaj, şi anume, faptul că literatura de specialitate s-a îmbogăţit, pe de o parte, prin intermediul datelor clinice, iar pe de altă parte, prin perfecţionarea aparaturii de investigaţie, ceea ce a deschis calea stimulărilor electrice nemijlocite ale creierului; numai că, din punct de vedere psihologic, rămâne încă un câmp deschis noilor investigaţii, menite să precizeze cu mai mare exactitate constituirea şi dezvoltarea limbajului în contextul comunicării totale şi al evoluţiei psihice generale a omului.

Nu se poate minimaliza importanţa abordării tuturor elementelor de neurofiziologie a limbajului, dar referirile, în principal, vor fi axate pe acele caracteristici ce sunt necesare pentru înţelegerea actului de emisie şi percepere verbală. Aceasta, pentru a înţelege mai bine etiologia, mecanismele interne şi manifestarea tulburărilor vorbirii orale. Apoi, vom insista pe mecanismele producerii şi desfăşurării actului grafo-lexic în dimensionarea formelor de limbaj.

În comunicarea verbală (orală) sunt implicate o serie de sisteme aferente şi eferente. Activitatea acestora se desfăşoară în mod unitar, în cazurile normale, şi asigură, în acelaşi timp, emisiunea şi recepţionarea vorbirii.

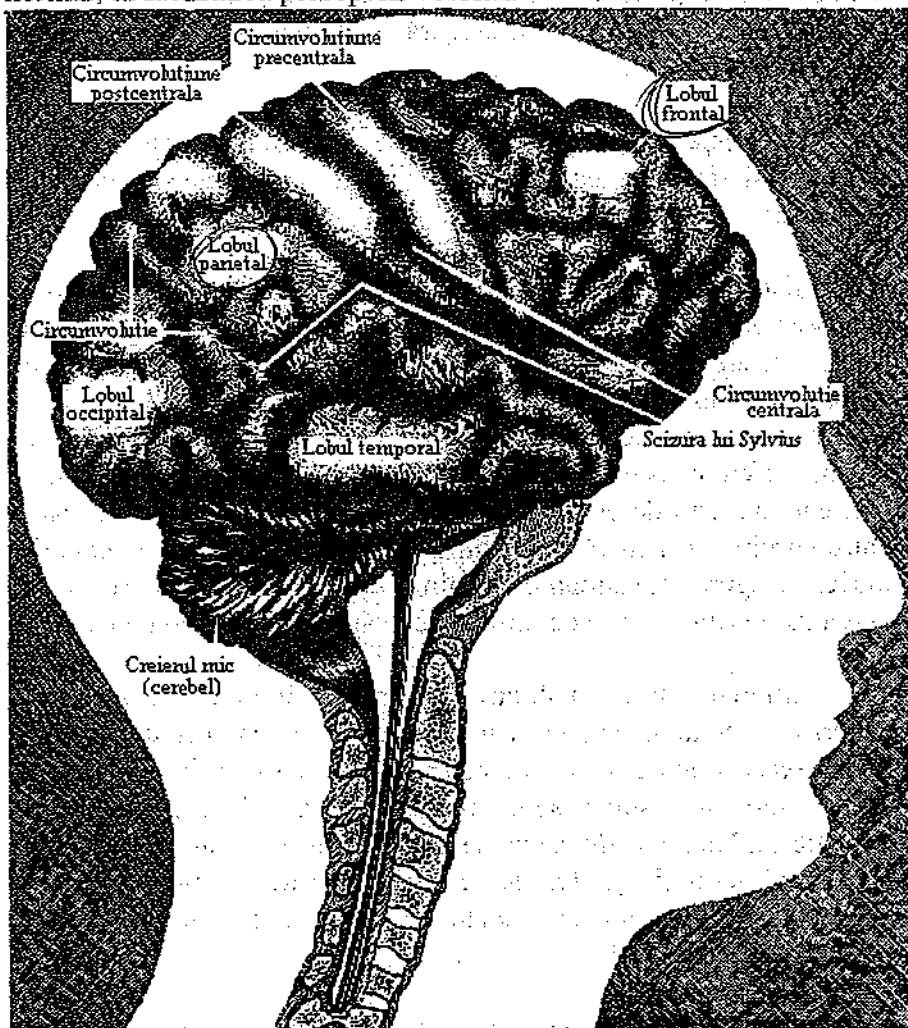
Sistemele aferente şi eferente presupun existenţa unor receptoare şi efectoare, ca organe de recepţie şi execuţie ale actului de comunicare.

Sistemul aferent este format din analizatorul auditiv, care joacă rolul predominant, la omul normal, în recepţia vorbirii, analizatorul vizual, care are un rol predominat la surzi, analizatorul tactil cu un rol predominant în perceperea limbajului scris, la nevăzători, şi analizatorul kinestezic, cu importanţă atât în emitere, cât şi în scriere. Sistemul eferent este alcătuit din elementele motrice care pun în funcţiune aparatul de emisie nu numai pentru vorbirea sonoră, dar şi pentru vorbirea interioară (limbajul intern). În acelaşi timp, elementele motrice asigură funcţionarea mâinii în actul de scriere şi de comunicare printr-o serie de mijloace ajutătoare: gest, desen etc.

Admiţând funcţionalitatea unitară şi simultană a aparatelor periferice de emitere şi recepţie în producerea şi perceperea limbajului oral şi scris, trebuie să avem perspectiva coordonării lor de către etajele nervoase superioare, corticale, prin intermediul celor subcorticale. Numai astfel se poate înţelege rolul fundamental jucat de „acceptorul acţiunii" şi aferentaţia inversă, în desfăşurarea activităţii coordonate şi sincronice a aparatelor periferice, evidenţiat, de altfel, şi în imaginea ce urmează.

Din punct de vedere morfo-funcţional, aparatul periferic al producerii vorbirii sonore este format din cavitatea bucală, în componenţa căreia intră limba, buzele, bolta palatină şi arcadele dentare. În fonaţie, un rol important îl joacă şi faringele, laringele, nasul şi traheea. Aceste componente îndeplinesc şi funcţii organice (deglutiţia, respiraţia etc.), senzoriale sau instinctuale (emoţiile). Sistemul periferic al recepţiei vorbirii este constituit din aparatul auditiv, format din urechea propriu-zisă, căile de conducere a impulsurilor auditive şi centrii auditivi din cortex; aparatul vizual şi aparatul tactil, ultimele două având un rol însemnat în cazurile de

deficiențe senzoriale, dar participă - în bună măsură – și la omul normal, în facilitarea perceperii vorbirii.



Aparatul periferic al vorbirii sonore este format din trei componente: ***energetic, generator și rezonator (N. I. Jinkin).***

Pentru sonorizarea vocii și perceperea intensității ei este nevoie de o anumită energie a aerului expulzat din plămâni. Din plămâni, aerul trece prin trahee, prin cavitatea nazală și cea bucală, iar în ceea ce privește viteza și fluxul aerului își au rolul lor și mușchii abdominali, mușchii intercostali, mușchii netezi ai arborelui traheo-bronhial, cât și diafragma. Este de remarcat faptul că vorbirea sonoră normală are loc numai în timpul expirației, pe când în cazurile de

bâlbâială sau de dislalie gravă, handicapatul se poticneşte prin emisii vocale şi în timpul inspiraţiei, ceea ce contribuie la accentuarea dificultăţii. Laringele şi coardele vocale, pe de o parte, limba, buzele, arcadele dentare, bolta palatină, pe de altă parte, formează componenta generatoare, iar cavitatea toracică, gura, faringele cu ramificaţiile sale (laringofaringele, orofaringele), cât şi cavitatea nazală şi nazofaringiana alcătuiesc componenta rezonatoare.

Anomaliile organelor periferice de emitere a vorbirii pot provoca dislalii mecanice accentuate, care fac imposibilă vorbirea sonoră. Rinolaliile frecvente, ca urmare a malformaţiilor congenitale labio-maxilo-palatine (aşa cum vom vedea), exercită un rol negativ nu numai asupra vorbirii, dar şi asupra dezvoltării psihice în genere şi a formării personalităţii. În cazul anomaliilor organului auditiv, perceperea vorbirii se realizează, în principal, pe baza labiolecturii, când analizatorul vizual joacă un rol fundamental.

Atât pentru producerea vorbirii, cât şi pentru recepţia ei este nevoie de integritatea funcţiilor creierului, care coordonează, analizează şi emite conţinutul limbajului. Activitatea de vorbire se realizează sub influenţa impulsului efector ce ia naştere ca urmare a stimulărilor neuronilor motori de către impulsurile aferente. La desfăşurarea normală a vorbirii participă o serie de centri nervoşi, situaţi pe tot traiectul encefalului şi care pun în mişcare, pe baza impulsurilor, musculatura organului fono-articulator. Rolul hotărâtor în activitatea psihică superioară îl are scoarţa cerebrală. În activitatea de limbaj, scoarţa cerebrală participă prin centrele situate în lobii parietal şi frontal (fig. 6a. şi 6b.).

Încă din 1861, Broca a demonstrat, pe baza studierii unui pacient în vârstă de 51 de ani, care îşi pierduse funcţia limbajului şi care suferea de afazie motorie, că sediul leziunii se află în a treia circumvoluţie frontală stângă. Bolnavul respectiv înţelegea vorbirea, dar nu putea pronunţa decât o singură silabă pe care o repeta de câteva ori. După studierea unui alt subiect, emite ipoteza că nu numai vorbirea este tulburată, dar şi memoria voluntară necesară mişcărilor în articularea cuvintelor. Înainte de Broca, Gall localiza limbajul în zona frontală, iar Buoilland a observat că în afazie se păstrează mişcările automate şi voluntare ale limbii. Wernicke, în 1874, arată că afazia senzorială este consecinţa lezării primei circumvoluţii temporale din emisfera stângă. Aceste date pledează în favoarea localizaţionismului, însă ele sunt importante pentru faptul că

subliniază legătura dintre fiziologie şi psihologie, dintre creier şi psihic.

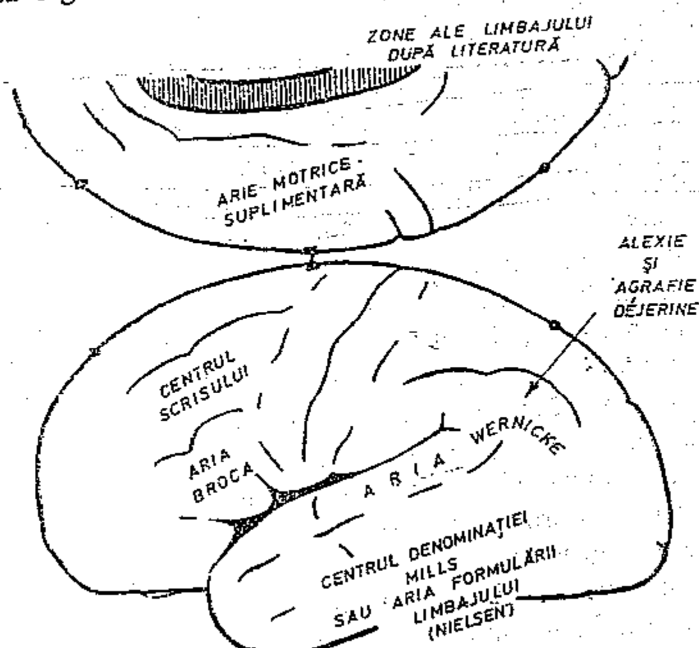


Fig. 6a.

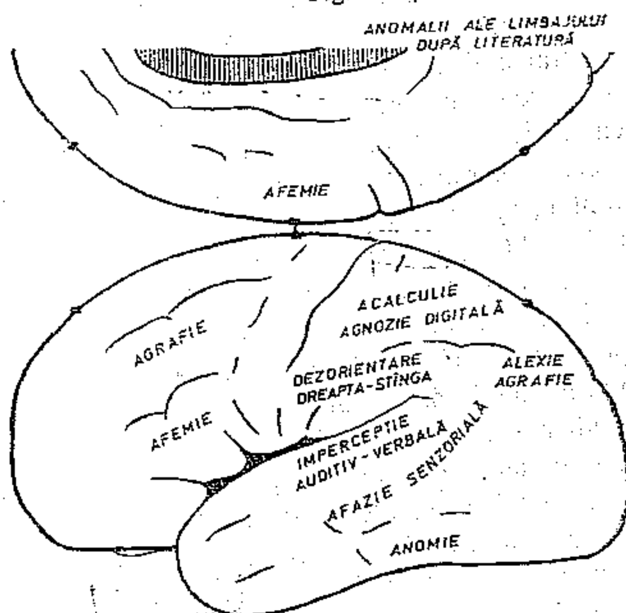


Fig.6b.

Fig. 6a, 6b. Rezumatul celor mai importante arii ale limbajului descrise în literatură (după W. Penfield şi Roberts)

În anul 1883, Charcot prezintă cazuri de afazie, în care este conservată a treia circumvoluţie frontală stângă. Datele lui Charcot sunt însă puse la îndoială, deoarece se pare că în afazie pot avea loc şi leziuni subcorticale.

Cercetările moderne demonstrează că limbajul are o localizare dinamică, ceea ce înseamnă că la producerea lui participă o arie vastă de zone şi că există posibilitatea ca unele funcţii ale zonelor afectate să fie preluate de către zonele rămase sănătoase. În felul acesta, mecanismele neurofiziologice ale limbajului capătă o interpretare sistematică. Printre alţii, Luria arată că, în funcţie de gradul leziunilor cerebrale şi întinderea lor, au loc perturbări ale diferitelor verigi ale activităţii de limbaj. Astfel, lezarea ariei posterioare superioare a temporalului stâng determină perturbări în discriminarea fonemelor şi în audiţia verbală, provocând afazia acustico-agnostică. Când sunt lezate ariile temporo-occipitale şi parieto-occipitale, este tulburată înţelegerea relaţiilor logico-gramaticale şi, ca atare, apare afazia semantică. Când este lezat lobul frontal, subiectul nu poate urmări vorbirea şi nu poate diferenţia şi sintetiza cuvintele, ca purtătoare de sens, în cadrul unui context. Frecvente fenomene caracteristice tulburărilor de pronunţie apar atunci când are loc afectarea ariilor post-centrale din emisfera stângă. Observaţiile lui Luria, pe cazurile traumatizate în zona frontală, confirmă apariţia afaziei dinamice, care constă în faptul că individul nu putea vorbi urmărind o temă dinainte elaborată. Un asemenea caz nu poate închega frazele, şi din cauza tulburării funcţiei predicative a limbajului.

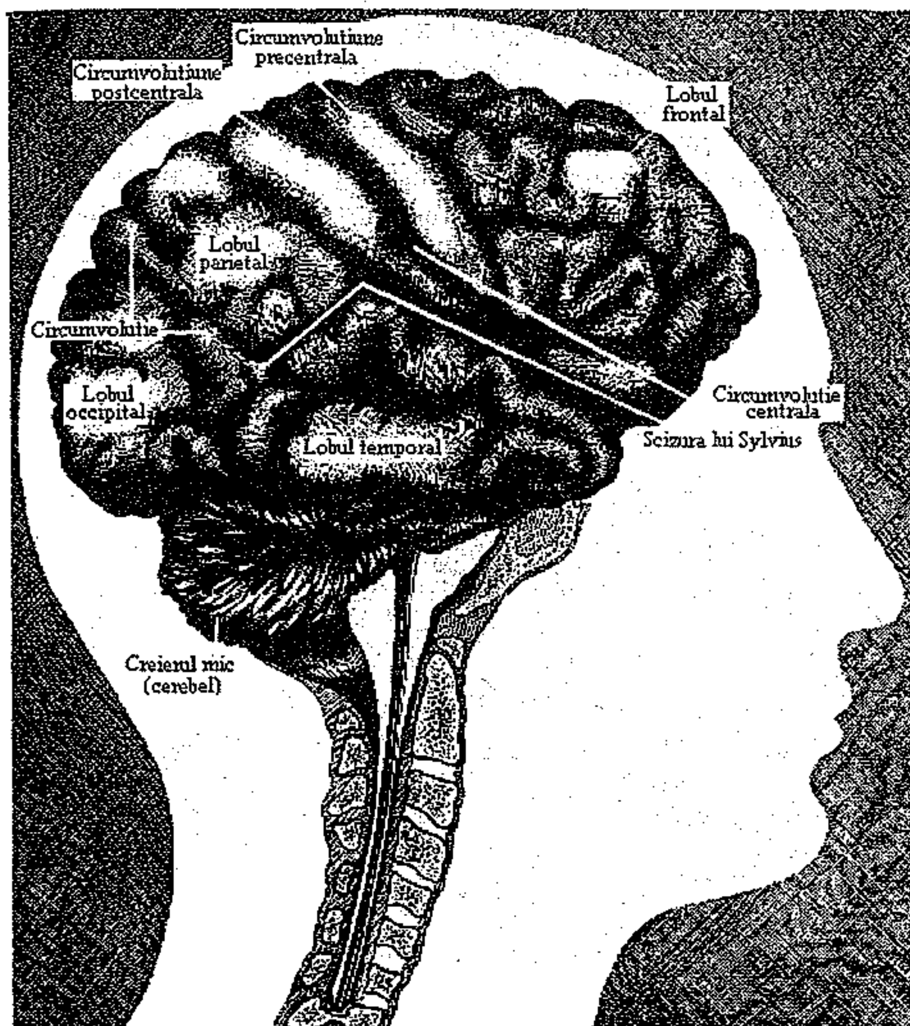
Atunci când propria voce este auzită de către vorbitor cu o oarecare întârziere, aşa cum a fost provocat acest fapt în mod experimental de către Lee (1950) şi Fairbanks (1955), s-a constatat scăderea sau creşterea anormală a intensităţii vocii, tulburări în pronunţia şi articularea fonemelor, apariţia disritmiilor şi a tulburărilor de cadenţă prin inhibarea vorbirii. Ca atare, feed-back-ul auditiv, care intervine în reglajul vorbirii, nu funcţionează normal, iar funcţia de control şi de modelare a manifestărilor vocale nu poate fi îndeplinită.

În realizarea limbajului participă zone speciale ale cortexului care, pe baza datelor citoarhitectonice, la majoritatea oamenilor sunt localizate în emisfera stângă. Lateralizarea funcţiilor psihice, şi deci şi

a limbajului, este unul din principiile organizării neurofiziologice. Una din emisferele cerebrale domină în efectuarea şi reglarea unor acte comportamentale. „Lateralizarea" poate fi considerată ca un rezultat al evoluţiei filogenetice a sistemului nervos. „Necesitatea obiectivă a sporirii coeficientului de stabilitate a organismului, determinată de complexitatea şi variabilitatea mereu crescânde ale condiţiilor de mediu, pe lângă perfecţionarea morfologică şi structurală, a determinat şi procesul de „dublare" a formaţiunilor nervoase. Expresia cea mai înaltă a acestui proces se pare că a fost atinsă la om. Cercetările neurofiziologice, psihologice şi clinice au permis acumularea unui bogat material faptic, care atestă ipoteza potrivit căreia cele două emisfere cerebrale, în ciuda simetriei lor morfologice, din punct de vedere funcţional, nu sunt echivalente." (M. Golu, E. Verza, 1970, pag. 155).

Dominarea uneia din emisferele cerebrale este în funcţie şi de relaţia dintre sistemele aferente şi eferente specifice fiecărui individ. Limbajul, ca una din funcţiile puternic localizate, are totuşi un câmp vast de proiecţie în cortex.

În ontogeneză, are loc o maturizare progresivă şi inegală a zonelor corticale şi a conexiunilor respective. La început, se dezvoltă şi se integrează straturile superficiale I şi II din scoarţa cerebrală. Dacă ne referim la cele două emisfere, trebuie să arătăm că în emisfera stângă, acestea sunt concentrate şi delimitate relativ, iar în cea dreaptă sunt difuze. Organizarea acestor straturi din emisfera dreaptă se încheie mai repede decât a celor din emisfera stângă. Dar maturizarea zonelor de recepţie din emisfera stângă duce la modificarea raportului de dominanţă. Astfel, se poate explica, cu timpul, trecerea preferinţei unor acte comportamentale de la emisfera dreaptă spre cea stângă şi modificarea raportului de lateralizare. Pe de altă parte, dominanţa emisferei stângi poate fi explicată şi prin faptul că, pe măsură ce copilul creşte, este solicitat tot mai mult la efectuarea unor acţiuni de muncă şi de ocupaţie care reclamă preferinţa manuală dreaptă, ceea ce face să se schimbe eventuala dominanţă din emisfera dreaptă spre cea stângă. Dar şi dezvoltarea limbajului, în special a celui scris (după vârsta de 6 ani), când este solicitată mâna dreaptă în mod expres, contribuie la accentuarea dominanţei emisferei stângi (vezi imaginea următoare).



Reglarea mişcărilor organelor periferice ale vorbirii se realizează în funcţie de impulsurile primite de centrii nervoşi din cortex, pe calea aferentaţiei inverse, şi care transportă informaţii despre modul cum s-au realizat mişcările necesare la nivelul periferic. Impulsurile nervoase, care constituie aferentaţia inversă, circulă în primul rând pe cale auditivă. Atunci când mişcările organului periferic nu sunt conforme cu comanda dată de centrul din cortex, se retrimite o nouă comandă pentru corectarea acestora.

Producerea limbajului nu se poate realiza, în condiţii normale, în afara recepţiei vorbirii. Prin intermediul auzului, se realizează analiza şi sinteza vorbirii orale: intensitatea, frecvenţa, succesiunea

sunetelor şi a cuvintelor şi apoi, integrarea acestora în configuraţii fonetice unitare. Operaţiile amintite se elaborează şi se dezvoltă în cursul dezvoltării ontogenetice. Dezvoltarea unor modele nervoase fundamentale, importante în recepţia acustică a limbajului şi în perfecţionarea auzului fonematic contribuie la întregirea percepţiei auditive şi la încadrarea informaţiilor primite în schemele informaţionale formate.

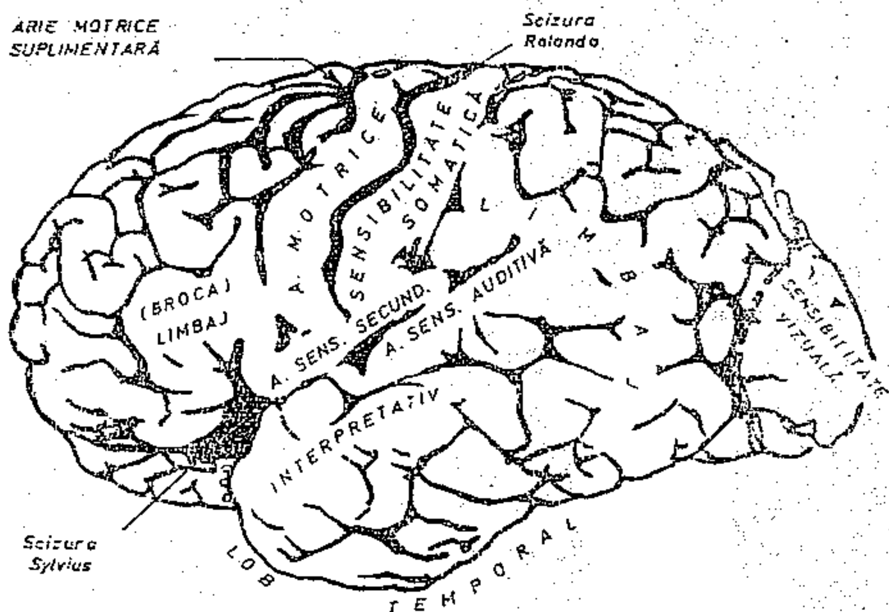


Fig. 7 a Emisfera stângă a creierului uman (M. Penfield şi L. Roberts)

Pentru perceperea vorbirii şi a informaţiilor conţinute, cuvintele trebuie să aibă o anumită intensitate, peste valoarea de prag a analizatorului auditiv şi să poată fi diferenţiate faţă de zgomotele de fond. Intensitatea diferitelor sunete din cadrul cuvintelor nu este uniformă, fenomenul fiind dependent de frecvenţa sunetelor în cuvinte. Astfel, în majoritatea situaţiilor, vocalele au o intensitate mai mare decât consoanele.

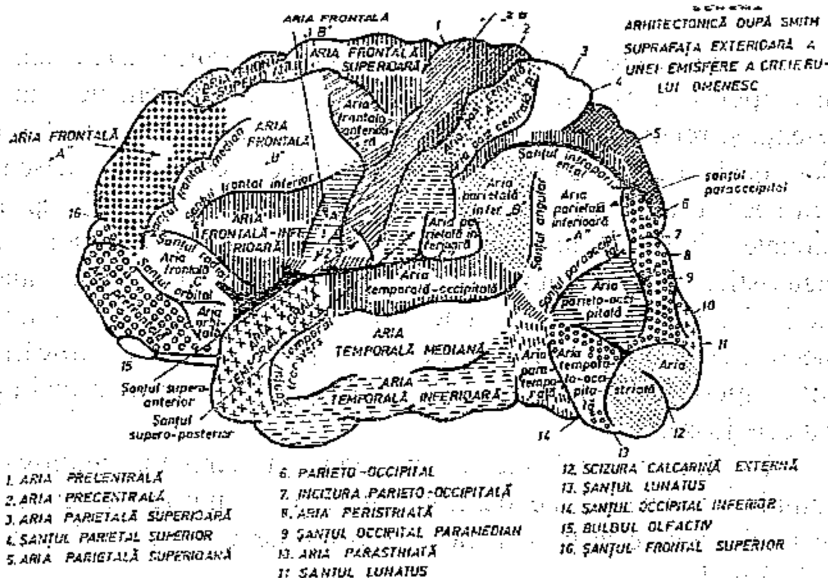


Fig. 7b. Rezumatul topografiei leziunii care ar putea provoca diverse anomalii ale limbajului (schemă rezumativă pe baza literaturii)

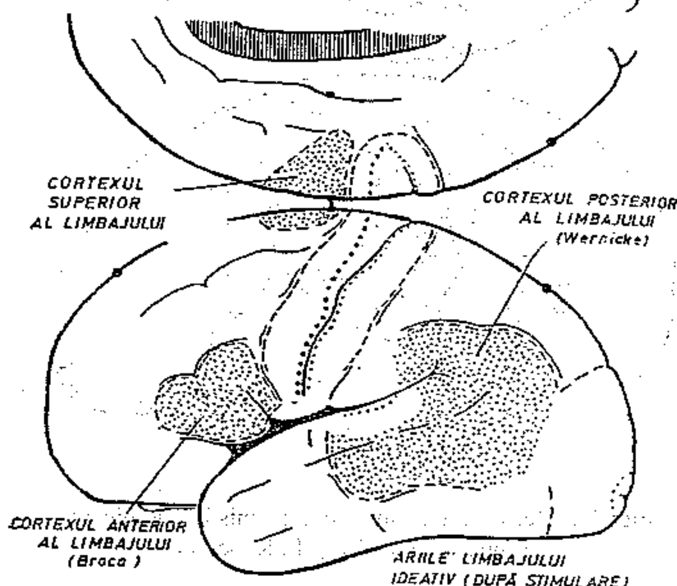


Fig. 7c. Harta desemnând ariile corticale ale emisferei dominante ce sunt în mod obișnuit evocate în elaborarea limbajului ideativ (Penfield și Roberts)

Un alt factor important în percepţia vorbirii este acela al compoziţiei spectrale şi care se poate raporta, de asemenea, tot la frecvenţa şi relaţia dintre diferitele sunete ce alcătuiesc cuvintele. De pildă, vocalele au un spectru de frecvenţă înalt, consoanele deschise au un spectru de frecvenţă medie, iar consoanele închise (în special guturalele – h, g,) au un spectru de frecvenţă scăzut. Datorită acestor caracteristici, se poate aprecia că unele cuvinte sunt „înalte", altele „medii", iar altele „joase". În funcţie de aceste caracteristici, cuvintele respective comportă o serie de particularităţi în procesul identificării şi al diferenţierii. Este ştiut că toate cuvintele înalte se percep mai uşor decât cele joase.

În fine, ultimul factor important în percepţia auditivă îl constituie coeficientul de descifrabilitate, el semnificând rezistenţa percepţiei auditive la influenţele care o pot deranja (M. Golu, 1975, pag. 243-244).

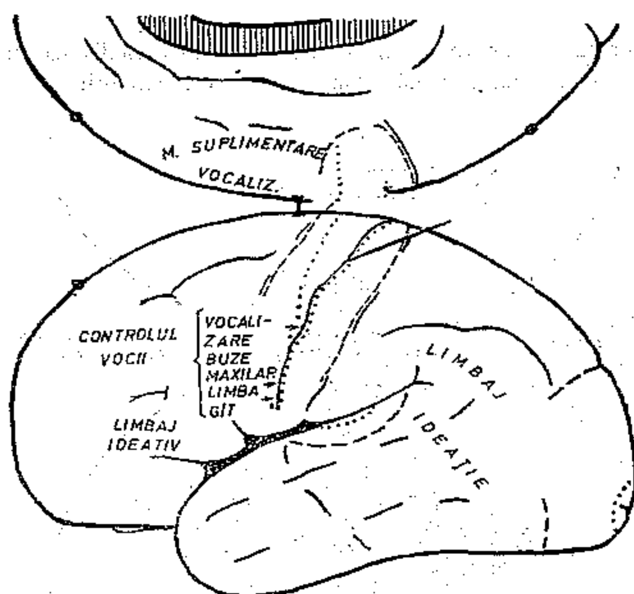


Fig. 7 d. Mecanismele limbajului în emisfera dominantă
(după W. Penfield şi L. Roberts)

Datorită capacităţii de integrare şi compensare a structurilor nervoase, percepţia auditivă este capabilă să reziste la influenţele perturbatoare. În comunicarea verbală, în percepţia auditivă nu se

recepţionează fiecare sunet în parte, ci structurile fonematice ale cuvintelor şi propoziţiilor unitare. Chiar în cazul unor perturbaţii la nivelul pronunţiei, percepţia vorbirii nu se perturbă din cauză că individul are elaborate anumite deprinderi în vederea perceperii închegate a vorbirii. Fireşte, în anumite situaţii de dislalie gravă, la nivelul percepţiei au loc perturbaţii care fac ca auditorul să nu mai poată identifica, diferenţia şi integra unităţile fonetice în toturi închegate, purtătoare de semnificaţie.

Percepţia vizuală joacă un rol hotărâtor în limbajul scris şi citit. Prin intermediul ei, are loc diferenţierea şi identificarea semnelor grafice şi, totodată, stabilirea de legături între aceste semne şi elementele sonore ale vorbirii orale. La fel ca şi percepţia auditivă a vorbirii sonore, percepţia vizuală, care intervine în citirea textelor, asigură diferenţierea şi integrarea unităţilor lexicale în propoziţii şi fraze. La nevăzători, în citirea şi scrierea textelor, în locul percepţiei vizuale, intervine percepţia tactilă, pentru care aceştia îşi dezvoltă mecanisme speciale de identificare, diferenţiere şi integrare a elementelor lexicale.

În procesul învăţării vorbirii sonore şi a scris-cititului, la omul normal are loc o permanentă raportare a imaginii auditive la imaginea vizuală şi invers, iar la nevăzător, o raportare a imaginii auditive la imaginea tactilă şi invers.

La surdomut, în cursul demutizării, imaginea vizuală suplineşte percepţia auditivă şi, pe baza ei, cuvântul este asociat cu imagini ale semnificaţiilor. Dar, ca urmare a lipsei percepţiei auditive, între semnificant şi semnificaţie nu se poate realiza o diferenţiere decât în timp, odată cu evoluţia intelectuală a deficientului senzorial.

În condiţii normale, pentru înţelegerea vorbirii, este nevoie, ca pe lângă caracteristicile fizice enunţate mai sus, să existe o anumită încărcătură informaţională semantică. O informaţie dată va fi înţeleasă şi prelucrată în mod diferit de subiecţi diferiţi, dar diferit şi la acelaşi subiect în anumite etape de dezvoltare. Desigur, dezvoltarea psihică şi experienţa acumulată au un rol deosebit de important în decodificarea şi integrarea structurilor verbale în schemele elaborate ale subiectului. În funcţie de înţelegerea limbajului, se estimează modalităţile comportamentale, care se manifestă printr-o serie de reacţii de răspuns.

„Cercetările experimentale arată că diferitele structuri verbale – cuvinte, propoziţii – posedă grade diferite de integrare semantică – informaţională în „tezaurul individual", putându-se delimita trei zone

mari: „zona comprehensiunii optime", care include structurile verbale familiare, cel mai frecvent utilizate în comunicaţia cotidiană şi care se referă la obiecte şi fenomene din domeniul experienţei comune; acelaşi grad îl ating şi structurile verbale „profesionale", la grupurile corespunzătoare de subiecţi; urmează, apoi, zona „integrării semantice medii", care include structurile verbale cu un conţinut abstract şi mai puţin familiare; în fine, cea de-a treia, va fi zona „comprehensiunii vagi", care caracterizează cuvintele şi enunţurile foarte puţin familiare sau „noi" (M. Golu, 1975, pag. 246). Desigur, între cele trei zone se stabilesc raporturi dinamice, şi ele sunt în funcţie de câţiva parametri mai importanţi: dezvoltarea psihică generală, experienţa de viaţă şi cultură, vârste, ocupaţia şi normalitatea limbajului.

În ontogeneză, elementele de recepţie şi înţelegere a vorbirii se dezvoltă înaintea capacităţii de a vorbi independent. Astfel, se produce, de la început, un decalaj între capacitatea de percepere a vorbirii şi posibilităţile de emitere sonoră independentă. Acest aspect poate fi mai bine explicat, dacă avem în vedere o serie de cuvinte existente în vocabularul fiecărui om şi care pot fi înţelese, dar nu sunt vehiculate în mod curent, ele intrând în componenţa „vocabularului pasiv", faţă de cuvintele folosite în mod frecvent, cu înţeles mai complex şi care intră în alcătuirea „vocabularului activ". Dar situaţia nu rămâne neschimbată, ci dimpotrivă, în măsura în care omul îşi îmbogăţeşte nivelul de cultură, apar fenomene de transfer de la nivelul pasiv la cel activ; acum utilizarea cuvintelor respective şi acordarea de sensuri multiple devine evidentă.

Literatura modernă de specialitate a acumulat un bogat material şi despre modul cum se realizează componentele structurale ale limbii şi limbajului. Pe baze observaţiilor şi înregistrărilor articulării diferitelor sunete, s-a ajuns la alcătuirea unor modele de emisie pentru categoriile fonetice respective. Psihologia este interesată în analiza unor aspecte fonetice, deoarece, aşa cum arată G. Miller, fonemele sunt acte psihofiziologice care au un reglaj şi o funcţionalitate implicată în modalităţi de ordin psihic.

Câteva caracteristici specifice acestora ne pot ajuta, pe de o parte, la înţelegerea mecanismelor fiziologice ale producerii lor, iar pe de altă parte, cunoaşterea acestor caracteristici este necesară în activitatea de corectare a tulburărilor de pronunţie şi de formare a vorbirii agreabile, fenomen tot mai mult solicitat, în zilele noastre, de către procesul instructiv-educativ.

Vocalele au caracteristici armonice, iar consoanele au, în conţinutul lor, zgomote. O diferenţiere netă, din acest punct de vedere, nu este însă posibilă. Al. Rosetti (1963), arată că vocalele se formează în laringe, iar consoanele în cavitatea bucală. Se constată diverse modalităţi de emitere şi participare a organelor periferice, specifice în pronunţarea anumitor sunete. Se disting patru categorii de sunete: vocale, consoane, lichide (care au caracteristici comune atât pentru vocale cât şi pentru consoane) şi globale (care nu sunt în totalitate nici vocale şi nici consoane – aşa cum este **h** aspirat). După Al. Graur, în limba română există 7 vocale şi 40 de consoane, adică 47 de foneme. În urma analizei acustice a fonemelor, s-a constatat că vocalele au o frecvenţă mai mare decât consoanele, stabilindu-se că durata vocalelor este, de asemenea, mai mare decât a consoanelor. Datorită acestor caracteristici, vocalele pot fi mai bine percepute din punct de vedere auditiv. Ca atare, conţinutul vocalic al cuvintelor este mai bine perceput în raport cu conţinutul consonantic.

În limba română, vocalele au o frecvenţă relativ mare (circa 49%), ceea ce asigură o sonoritate şi muzicalitate plăcută, dar, ca importanţă, consoanele contribuie într-o mai mare măsură la descifrarea cuvintelor şi a propoziţiilor.

În emisiunea vocalelor, curentul de aer iese liber, fără a întâmpina vreo rezistenţă, iar în cazul consoanelor au loc închiderea şi deschiderea bruscă a canalului de emisie. În literatura de specialitate se operează cu mai multe clasificări ale vocalelor şi consoanelor, în funcţie de o serie de criterii. Tocmai modul cum participă organele periferice în emisiunea fonemelor, constituie unul din criteriile clasificării. Astfel, după cum arată Al.Rosetti, vocalele pot fi clasificate în funcţie de : 1) locul de articulaţie (şi vom avea: ***anterioarele şi prepalatalele e, i, medialele î, ă, şi postpalatalele u, o,*** iar sunetul ***a*** este considerat ca fiind vocală neutră); 2) gradul lor de deschidere sau închidere (acestea sunt : ***deschise – a, semideschise – o, e, ă, şi închise – u, î, i***).

După acelaşi autor, consoanele se clasifică astfel:

1) După modul de articulare:
   - **a)** ***fricative (v, z, f, j, s, ş, h);***
   - **b)** ***ocluzive (b, c, d, g, p, t);***
   - **c)** ***semiocluzive sau africate (č – cer, ğ - ger);***
   - **d)** ***laterale (l);***
   - e) ***vibrante (r);***
2) După modalitatea vibraţiilor laringiene:

a) ***sonore (b, d, g, v, z, j, ğ);***
b) ***surde (p, t, c, f, s, ş, ţ, č, h).***

3) După existenţa sau absenţa vibraţiilor nazale:
a) ***nazale (n, m);***
b) ***orale (celelalte consoane).***

4) După locul unde sunt articulate:
a) a) ***bilabiale (b, m, p);***
b) ***labio-dentale(f, v);***
c) ***apico-dentale (d, t, ţ, n);***
d) ***alveolare (ş, č, ğ,);***
e) ***dorso-palatale (k – chin, g – ghem).***

5) După locul în care limba stabileşte un contract cu o anumită regiune din cavitatea bucală:
a) ***antero-linguale (d, n, t);***
b) ***medio-linguale, dorsale,(j, ş, č, ğ);***
c) ***postero-linguale (c, g,)***

6) După existenţa sau inexistenţa unui contact accesoriu între limbă şi bolta palatină:
a) ***dure (m, n etc.);***
b) ***palatizate (n' – bani, m').***

Grupările fonetice formează silabele, care sunt unităţi ale pronunţării. În emiterea silabelor, participă, conjugat, cele trei sisteme: ***generatoare, rezonatoare şi energetice.*** În funcţionarea lor, se realizează o strânsă interdependenţă, pe baza unui autoreglaj unitar. Combinarea silabelor, după legile fonologiei, duce la alcătuirea cuvintelor. La rândul lor, cuvintele formează unităţi mai mari, numite sintagme. Cuvintele se încarcă cu noi semnificaţii şi prin intermediul lor se reflectă mai nuanţat relaţiile cauzale în cadrul propoziţiilor şi al frazelor. Conţinutul informaţiilor se încarcă cu noi semnificaţii pentru auditor, în funcţie de context, când se pot anticipa cele ce urmează. Desigur, în cadrul contextului apare şi o anumită redondanţă, care prelungeşte conduita verbală, dar care contribuie, în acelaşi timp, la evitarea eventualelor erori. Ca sistem deschis cu autoreglare, limbajul se supune principiului perfecţionării şi echilibrării în funcţie de starea internă a celui care comunică, dar şi în funcţie de locutor. Pe acest plan, are loc o continuă adaptare a individului în procesul de comunicare, cu efecte pozitive pentru dezvoltarea psihică şi achiziţionarea de cunoştinţe.

Capitolul IV

DINAMISM ŞI RELAŢIE ÎN EVOLUŢIA LIMBAJULUI

1. *Dezvoltarea limbajului în contextul normalităţii umane*

Trebuie să reţinem că, în ontogeneză, limbajul are un ritm deosebit de intens în dezvoltare şi constituie cea mai spectaculoasă evoluţie dintre toate funcţiile psihice. Dar diferenţele individuale sunt foarte pregnante şi depind atât de structura sistemului nervos şi a aparatului fonoarticulator, cât şi de condiţiile social-culturale (atmosfera lingvistică) în care trăieşte copilul. Fără îndoială, limbajul nu se dezvoltă izolat de celelalte funcţii psihice, pentru că întreaga activitate psihică constituie un tot în cadrul interacţiunii individului cu mediul înconjurător. Progresele înregistrate, pe linia limbajului, contribuie la lărgirea experienţei copilului şi prin intermediul acestuia se stimulează dezvoltarea celorlalte procese psihice, odată cu restructurarea unor caracteristici specifice ale personalităţii şi comportamentului. Pe acest plan, sunt etape, relativ distincte, ale dezvoltării limbajului ce se încadrează în sistemul unitar al evoluţiei psihice generale.

Astfel, până la trei luni, emisiunile verbale ale copilului nu sunt diferenţiate şi ele sunt încadrate în activitatea motorie. Se constată că în ontogeneza timpurie, evoluţia verbală este corelată cu dezvoltarea motricităţii, iar ulterior cu cea a psihomotricităţii.

Acesta este şi motivul pentru care, în numeroase lucrări, se evidenţiază faptul că după modul cum mânuiesc obiectele, după

precizia acţiunilor şi a mişcărilor se pot face prognoze relativ valide cu privire la dezvoltarea şi evoluţia limbajului. Motricitatea, mai avansată, se însoţeşte cu un plan verbal mai variat şi, în general, cu o dezvoltare a conduitelor acţionale şi verbale care permit o mai bună relaţionare şi integrare cu cei din jur. Chiar mersul unor copii înaintea altora este, adesea, asociat cu o mai dezvoltată capacitate de emisiuni verbale şi este indiciul unei dezvoltări cantitative şi calitative de perspectivă a limbajului. Statistic, s-a evidenţiat şi faptul că fetiţele au un avans discret de dezvoltare faţă de băieţi, atât pe linia dezvoltării motricităţii, cât şi a vorbirii. Aceasta exprimă şi existenţa unor diferenţe legate de sex, ce pot fi mai mult sau mai puţin intense în unele perioade de vârstă pe care le traversează omul şi care nu se referă numai la limbaj, ci şi la alte funcţii psihice (E. Verza, E.F. Verza, 2000).

Dezvoltarea psihomotorie este semnificativ intercondiţionată cu dezvoltarea generală, din care motiv se investighează structurile motricităţii ca fiind reprezentative pentru situaţiile adaptative generate. Totuşi, se impune o precizare: să nu confundăm instabilitatea motorie a unor copii, cu dezvoltarea motricităţii pentru că prima se datorează, în principal, unor disarmonii la nivelul sistemului nervos central sau unei excitabilităţi excesive, pe când a doua este consecinţa unui avans în funcţionarea lui echilibrată. Ca atare, instabilitatea motorie nu numai că nu corelează cu un avans în dezvoltarea comportamentelor verbale, dar, de cele mai multe ori, este însoţită de tulburări ale limbajului oral sau scris. Aşadar, copiii cu o dezvoltare motrică mai avansată au şi posibilităţi verbale mai accentuate. Şi după trei luni, sunetele emise de copii sunt confuze, dar ele exprimă, din ce în ce mai mult, o anumită stare, fie o stare de confort, fie de disconfort, fie o cerinţă. Aceste sunete constituie gânguritul. Cu timpul, ele încep să se diferenţieze şi să se organizeze în unităţi verbale care au o anumită semnificaţie, mai ales prin intenţie, dar şi prin acordarea de valoare sunetelor ce pot desemna (semnaliza) starea de foame, de sete, de lipsă de confort, de satisfacţie, de bucurie etc. Aceste sunete izolate se unesc, pe la 5-6 luni, în silabe ce se repetă (ta, ma, pa), constituind aşa-numitul proces al lalaţiunii. Pronunţarea acestor combinaţii de sunete produce plăcere copiilor, ceea ce face ca ele să fie repetate indefinit. În familiile în care există o atmosferă lingvistică favorabilă şi se întreţine o comunicare insistentă cu copilul, progresele în achiziţia şi înţelegerea vorbirii sunt mai rapide. O mare însemnătate o are, în acest proces, capacitatea de

imitație a copilului, care încearcă să reproducă anumite emisiuni verbale ale adultului și să întrețină comunicarea. Către sfârșitul primului an, copilul are posibilitatea să pronunțe unele cuvinte simple, ceea ce contribuie la o mai bună adaptare și relaționare cu cei din jur. Înțelegerea vorbirii capătă un avans față de posibilitățile de pronunție. „Nevoia de a se face înțeles crește foarte mult în ultimul pătrar al primului an; de aceea, copilul folosește mimica, vocea, gesturile, toate mijloacele posibile pentru a răspunde planului comunicării sociale. Între necesitatea de a se face înțeles și necesitatea de a înțelege, aceasta din urmă este mai puternică și mai largă (de aceea copilul va înțelege întâi sensul unui cuvânt și abia mai târziu va folosit cuvântul respectiv)" (U. Șchiopu, 1967, pag. 106).

Referindu-se la dezvoltarea sistemului fonologic la copii, lingvistul american R. Jakobson (1962) este de părere că, pentru început, emisiile verbale timpurii parcurg o serie de stadii similare, chiar dacă copiii aparțin unor colectivități lingvistice diferite. Totuși, după 6 luni, se produc diferențieri între fonemele enunțate de copii, în funcție de caracteristicile fonologice mai pregnante ale limbii materne, respectiv de la sunetele cele mai ușor de pronunțat (vocalele) spre cele mai complexe. Autorul menționat subliniază paralelismul dintre ontogenie și filogenie, datorită faptului că achizițiile copiilor, până la o anumită vârstă, sunt la fel în toate limbile, chiar dacă acestea au o dezvoltare diferită. În însușirea sistemului fonologic intervine principiul stratificării ce are la bază contrastul maxim de diferențiere în omogenizarea caracteristică.

În perioada antepreșcolară (1-3 ani), vorbirea copilului începe să se diferențieze tot mai mult, căpătând un accentuat rol de comunicare, iar numărul cuvintelor pe care la înțelege și le pronunță poate ajunge, spre trei ani, până la circa o mie. Din această perioadă, limbajul devine „vorbitor". Copilul dobândește posibilitatea să-și exprime trebuințele și dorințele prin cuvinte, pe care le învață să le lege între ele, formând scurte propoziții și folosind relativ corect acordurile gramaticale. Totuși, cuvântul este folosit, deseori, cu rol de propoziție și desemnează o situație concretă. Întreaga vorbire este impregnată de interjecții, pronume demonstrative, situații concrete etc. Menținerea vorbirii situative trebuie înțeleasă prin raportarea la necesitatea subiectivă simțită de copii de a „cuprinde verbal" și de a comunica situații ce denotă integrarea copilului în structura lor. Limbajul activizează celelalte procese cognitive și experiența de viață a copilului. În același timp, trebuie luat în considerare faptul că din

cauza particularităţilor sistemului nervos central şi a nematurizării aparatului fonoarticulator, copilul antepreşcolar are o serie de dificultăţi în pronunţarea corectă. Dintre aceste dificultăţi, cele mai frecvente se referă la eludarea (omisiunea unor sunete din cuvânt), deformarea unor sunete, înlocuirea unor sunete cu altele, inversarea unor sunete în cuvânt (metateza) şi contragerea sau comprimarea unor cuvinte etc. Toate acestea constituie dificultăţi de vorbire pasagere, proprii acestei vârste, şi au o natură fiziologică. Dar ele pot căpăta o semnificaţie defectologică, dacă se menţin după 3-4 ani, prin formarea unor deprinderi greşite de vorbire. Există tabele relativ ample, care pun în evidenţă progresele de pronunţie ce se realizează, treptat, în vorbirea copilului antepreşcolar, tabele ce pot fi folosite în evaluarea capacităţilor verbale.

Marea capacitate a copilului de a–şi însuşi sunete şi chiar cuvinte noi a atras atenţia multor cercetători. N. Chomsky (1973) consideră că, datorită structurii generative a limbajului, copilul are posibilitatea ca un cuvânt însuşit, să-l folosească ulterior în nenumărate combinaţii, fără să fie nevoie de o învăţare suplimentară. După acelaşi N. Chomsky, gramatica transformaţională se bazează pe ansambluri de relaţii şi reguli sintactico-semantice, prin intermediul cărora se ajunge la structuri noi verbale din alte categorii de structuri. Astfel, se ajunge la sublinierea potenţialului şi realului ce este implicat în competenţă şi performanţă, şi care, în fapt, exprimă creativitatea lingvistică, concretizată în operativitatea cognitivă.

Există două caracteristici proprii însuşirii limbajului. Prima este capacitatea de a înţelege ce înseamnă cuvintele. Această capacitate constituie „competenţa" (concept folosit în psiholingvistica modernă). A doua capacitate (pronunţia) este aceea de a folosi diferite cuvinte. Această capacitate se indică prin termenul de „performanţă". Competenţa este, în general, mai dezvoltată decât performanţa (copilul înţelege mai mult din ceea ce i se comunică decât poate el însuşi comunica). Cu cât este mai mic copilul, cu atât este mai mare distanţa psihologică dintre competenţă şi performanţă.

Această „distanţă" reprezintă spaţiul psihologic dintre limbajul pasiv (al competenţei) şi cel activ (al performanţelor), dar şi intercorelaţia „generativă" (creativitatea lingvistică), potenţialul generator al vorbirii.

Prin dezvoltarea intensă, în perioada preşcolară (3-6-7 ani), limbajul îndeplineşte tot mai activ funcţia de organizare a activităţii psihice. Alături de vorbirea situativă se dezvoltă vorbirea contextuală.

care exprimă mai bine coerenţa, logica ideilor. La aceasta contribuie şi creşterea volumului şi nuanţarea cuvintelor.

Spre şase ani, copilul dispune de un vocabular care îi facilitează folosirea de propoziţii cu o structură mai complexă, alcătuită dintr-un număr mai mare de cuvinte şi cu semnificaţii diferenţiate. În activităţile de mare solicitare, cum sunt cele de joc, copilul creează noi cuvinte, mai cu seamă când apar situaţii pentru care nu găseşte imediat corespondentul verbal; chiar dacă „găsirea" este bizară, ea se integrează într-o structură gramaticală normală (T. Slama–Cazacu, 1957).

Povestirile preşcolarilor mijlocii, şi mai ales ale celor mari, devin mai complexe şi mai nuanţate prin înţelegerea mecanismului cauzal şi prin formarea unui „simţ" al compoziţiei narative.

Relevând importanţa limbajului pentru comportamentul şi activitatea fiinţei umane, J. Piaget (1966) îl compară cu conduitele sensori-motorii şi subliniază trei mari deosebiri în favoarea conduitelor verbale: 1) dacă conduita sensori-motorie urmăreşte evenimentele, fără să poată anticipa desfăşurarea acţiunii, conduita verbală putând adopta modele şi scheme operaţionale anticipative; 2) în vreme ce conduita sensori-motorie se limitează la un timp şi spaţiu apropiat, limbajul facilitează gândirii posibilitatea de a se extinde în timp şi spaţiu nelimitat; 3) conduita sensori-motorie se limitează la acţiuni succesive, etapă cu etapă, iar gândirea, prin intermediul limbajului, reflectă ansamblurile relaţionale, simultane ale evenimentelor şi efectelor probabilistice.

Odată cu intrarea copilului în şcoală, se îmbogăţeşte experienţa verbală şi se dezvoltă vorbirea literară, cultă. În mod deosebit, se activează capacitatea de a diferenţia, prin denumiri adecvate, obiectele şi fenomenele, de a nuanţa stilistic situaţiile, de a glumi, de a ironiza şi de a purta discuţii contradictorii. Prin îmbogăţirea experienţei de cunoaştere şi dezvoltarea calităţilor gândirii, exprimarea se diversifică şi capătă claritate logică dar, în acelaşi timp, creşte capacitatea de înţelegere a informaţiilor recepţionate. Un rol deosebit îl are învăţarea scris-cititului, care contribuie la organizarea intereselor intelectuale şi deschide perspective multiple ale accesului la cultură. Posibilităţile verbale tot mai mari, stilul vioi şi pronunţia, relativ corecte, determină şi adoptarea unui mod personal de exprimare a ideilor. Dacă până la intrarea în şcoală, vorbirea este învăţată mai mult spontan, sub influenţa procesului de instruire, limbajul se însuşeşte organizat, ca şi regulile gramaticale, ortografice şi lexicale. Se poate afirma că la

școlar conduita verbală pune în evidență dinamica proceselor psihice și modul cum sunt asimilate influențele social-culturale, rolul pe care îl are limbajul în procesul cunoașterii și, în general, al schimbului de informații, al transmiterii dorințelor, intențiilor etc.

În diversitatea formelor de exprimare orală, cât și scrisă, bogăția vocabularului joacă un rol deosebit. Volumul mare de cuvinte înlesnește procesul înțelegerii și al asimilării informațiilor, iar în cazul transmiterii acestora, înlănțuirea logică a ideilor nu se poate realiza în condiții optime în afara operațiilor gândirii ce presupun cât mai multe cuvinte, denumiri, concepte-noțiuni clare și care trebuie să fie premise pentru o exprimare adecvată. Și acesta este un argument în plus pentru care mulți autori (W. Stern, CL. Stern) au efectuat inventare ale numărului de cuvinte ce le posedă, cu scopul de a surprinde bogăția acestora la copiii de anumite vârste. În această ordine de idei, impresionează salturile calitative, dar și cantitative, în achiziția vocabularului de la o perioadă de vârstă la alta. Câteva cifre sunt semnificative pentru cele afirmate mai sus: la un an, copilul poate exprima circa 100 de cuvinte; la 3 ani, vocabularul minim este de aproximativ 400 de cuvinte, mediu, de 700 – 800 de cuvinte și maximum, de 1000 de cuvinte; la 6 ani, vocabularul minim este de 1500 de cuvinte, mediu, de 2 000 de cuvinte și maxim, de 2 500 de cuvinte; la sfârșitul perioadei școlare mici se înregistrează un adevărat salt: 1 500 – 1 600 de cuvinte în vocabularul activ și 4 000 – 4 500 de cuvinte volumul vocabularului total (U. Șchiopu, E. Verza, 1981, pag. 73, 113, 162).

În pubertate, dar mai cu seamă în adolescență, există o preocupare conștientă pentru dezvoltarea limbajului și pentru însușirea unui vocabular cât mai bogat. Sub influența unor obiecte de învățământ ce se studiază în școală și a lecturii unor lucrări din diferite domenii, tinerii își formează un stil personal al expunerii ideilor și sunt preocupați de folosirea unui vocabular ales. Debitul vorbirii orale și scrise crește, de asemenea, foarte mult față de perioada școlară mică. Cuvintele de specialitate întregesc vocabularul activ al tânărului, care capătă satisfacții în utilizarea lor în conversații, discuții, relatări verbale, controverse etc. Expunerile sunt încărcate de semnificații multiple și nuanțări care lărgesc gama ideilor exprimate în context. Deoarece, în această perioadă, învățarea este o activitate fundamentală ce se realizează prin instruire școlară, în care predomină focalizarea de obiective, interese, aspirații, tânărul își dezvoltă strategii ale învățării tot mai rafinate, de pe urma cărora beneficiază întreaga activitate

psihică, inclusiv limbajul. Dar perfecționarea limbajului se realizează şi prin imitații şi modele, în scopul autoafirmării şi autoperfecționării.

La vârstele mature, limbajul este mai organizat şi supus mai stringent influenţelor sociale. Factorii psihologici, care stau la baza comportamentului verbal, se exprimă, în primul rând, ca motivaţie ce poate fi individualizată sau stimulată de condițiile concrete ale influențelor educative. Din punct de vedere verbal, la aceste vârste există o mai mare capacitate de adaptare la condițiile de mediu şi de educație, întrucât restructurarea şi mobilizarea resurselor interne se bazează pe cunoştinţele individului şi pe experienţa de viaţă. Folosirea limbajului este mai adecvată situațiilor date, exprimă mai bine conținutul ideilor şi al dorințelor, iar gesturile, mimica şi pantomimica sunt mai expresive şi îndeplinesc mai bine rolul de mijloace ajutătoare ale comportamentului verbal. La perfecționarea mijloacelor verbale de exprimare, o contribuție însemnată şi-o aduc influențele exercitate prin întreaga cultură: lectură, vizionarea unor spectacole, a emisiunilor TV, ascultarea emisiunilor de radio etc. La acestea se adaugă trăsăturile de personalitate, care imprimă limbajului o anumită coloratură, un stil propriu, debit mai mare sau mai mic, caracteristicile de accent şi intonație etc.

Spre deosebire de perioadele preadolescenței şi adolescenței, în vârstele adulte scade interesul excesiv pentru cultivarea unui limbaj care să conțină cât mai multe cuvinte ale limbajului elevat, cuvinte care să conțină cât mai multe cuvinte şi expresii care au o circulație relativ mică şi care oglindesc o oarecare prețiozitate în vorbire. Aceasta nu înseamnă că adulții ar folosi un limbaj mai sărac din punct de vedere calitativ şi cantitativ. Îmbogățirea continuă a limbajului îi permite adultului să exprime, relativ uşor, orice idee, şi să nu fie preocupat de teribilisme. Din aceleaşi motive, tinerii sunt înclinați spre folosirea unor jargoane, considerând că dau o notă distinctă şi nonconformistă personalității. Ei devin şi foarte atenți la modul cum este folosit limbajul, manifestând atitudini de dezaprobare față de eventualele greşeli în exprimare, dezacorduri etc. În schimb, îi admiră pe cei care dispun de un vocabular bogat şi care stăpânesc bine arta cuvântului.

Se poate remarca că a fi un bun orator nu înseamnă a vorbi mult, folosind cuvinte pe care nu le înțeleg cei care te ascultă. Un bun vorbitor exprimă o mare bogăție de idei în cuvinte puține şi printr-un limbaj accesibil, încărcat de sensuri şi semnificații multiple. Pe bună dreptate, se afirmă că personalitatea unui om poate fi apreciată, printre

altele, şi după comportamentul său verbal. Un vorbitor inteligent este capabil să se adapteze la condiţia interlocutorilor, să le înţeleagă expresivitatea, mimica, gestica, să sesizeze dacă este receptat şi ascultat, deci să comunice cu aceştia. Arta vorbirii este dificilă; ea presupune să ştii cât trebuie să vorbeşti, ce anume să comunici, cum anume să comunici, cum să te adresezi ascultătorilor şi, foarte important, să te opreşti când este necesar. Dar eficienţa comunicării şi a recepţiei nu depinde, în exclusivitate, numai de calităţile vorbitorului. În această ordine de idei, în psihologie s-a studiat, în funcţie de sarcinile şi de mărimea grupului, rolul diferitelor reţele de comunicare şi eficienţa acestuia. Deosebit de importante pentru procesul de comunicare şi recepţionare sunt relaţiile interpersonale şi distribuţia ierarhică a rolurilor pe care le îndeplinesc membrii grupului în care se vorbeşte. (P.Popescu-Neveanu, 1977, pag.45). Comunicarea trebuie să se acomodeze problematicii puse în discuţie, să ţină seama de o serie de caracteristici, de locul unde are loc (în activitate sau în acţiuni distractive ori de joc), de calitatea membrilor care participă la comunicare etc. (A. Tucicov-Bogdan, 1973, pag. 274).

2. *Evoluţia limbajului la handicapaţii senzorial şi de intelect*

După cum am văzut, copilul normal îşi însuşeşte vorbirea mai mult spontan, până la intrarea în şcoală, iar dezvoltarea psihică se realizează progresiv, handicapaţii senzorial, şi mai cu seamă cei de intelect, dispunând de posibilităţi mult mai reduse, manifestă stagnări în evoluţia limbajului, nu numai din cauza frecventelor deficienţe de vorbire, dar şi pentru faptul că persoanele din jur nu-i încadrează într-un sistem de comunicare permanent, care să stimuleze activitatea verbală. De aceea, la intrarea în şcoală, copilul handicapat mintal prezintă o experienţă verbală limitată, ceea ce face dificil procesul de însuşire a cunoştinţelor şi de învăţare a citit-scrisului. Deşi în cazurile de handicap uşor, el are posibilitatea să înţeleagă vorbirea celor din jur şi reuşeşte să se facă înţeles prin cuvinte şi propoziţii scurte, cu o alcătuire simplificată din punct de vedere gramatical, întâmpină totuşi dificultăţi pregnante în ceea ce priveşte folosirea funcţiei semiotice a

cuvintelor şi în exprimarea diferenţelor şi nuanţelor foarte numeroase ce există în limbaj (E. Verza, 1977).

Inerţia psihică şi vocabularul sărac sunt principalii factori, alături de slaba mobilitate şi nivelul scăzut al proceselor intelective, care îşi pun amprenta pe înţelegerea vorbirii. Astfel, exprimarea conduitelor verbale este simplificată şi nu poate cuprinde totalitatea evenimentelor la care se referă. Comparativ cu copilul normal, vocabularul handicapaţilor este redus la mai puţin de jumătate, iar în situaţiile unui deficit de intelect sau senzorial accentuat, vocabularul se rezumă la câteva cuvinte de strictă necesitate, a căror structură logico-gramaticală este extrem de puerilă (E. Verza, 1981).

Într-o lucrare anterioară (1982), am investigat caracteristicile specifice limbajului şi particularităţile comunicării (exprimare şi înţelegere), în relaţie cu dezvoltarea psihică a copiilor cu handicap senzorial şi cu handicap de intelect. În acest sens, a fost alcătuită o grupă experimentală, care a fost supusă unui antrenament intensiv de dezvoltare a limbajului (pe o perioadă de trei luni a câte trei şedinţe săptămânal) şi o grupă de control. Grupele au fost formate din câte 20 de subiecţi fiecare şi s-a calculat Q.I.-ul, prin aplicarea WISC-ului, înaintea şi după terminarea antrenamentului verbal. Atât la grupa de control, cât şi la cea experimentală, subiecţii au prezentat un Q.I. cuprins între 55-70. La sfârşitul celor trei luni, s-a calculat din nou Q.I.-ul şi s-a constatat că la grupa de control acesta se menţine, aproximativ, la fel sau apăreau variaţii nesemnificative pentru unii subiecţi. În schimb, toţi subiecţii din grupa experimentală au înregistrat progrese sensibile ale Q.I.-ului, plasându-se, în medie, în limitele cifrelor 65-80. Aceasta s-a datorat stimulării dezvoltării limbajului, care nu numai că a facilitat accesul la însuşirea cunoştinţelor, dar a contribuit la stimularea întregii activităţi intelectuale şi la antrenarea aparatelor periferice de emisie şi de recepţie a limbajului.

Copiii cu handicapuri mintale manifestă diferenţe pregnante în raport de mediul socio-cultural din care provin, cât şi de tipul de handicap şi de gravitatea acestuia. Cele mai mari dificultăţi în expresia şi recepţia vorbirii au apărut la handicapaţii de intelect şi la cei cu surditate sau hipoacuzie accentuată, care foloseau frecvent cuvinte mono- şi bisilabice, pentru denumirea unor obiecte de strictă necesitate. Pentru categoria respectivă de handicapaţi, predominante sunt limbajul mimico-gesticular şi unele forme paraverbale, în care tăcerea, direcţia privirii, mişcarea înlocuiesc exprimarea verbală. În

schimb, la handicapaţii de vedere, (ambliopi şi nevăzători) şi la cei cu debilitate mentală uşoară, vorbirea se apropie mai mult de cea a copilului normal, atât în exprimarea propoziţiilor şi frazelor, cât şi prin bogăţia vocabularului. Dar şi la aceştia apar, cu frecvenţă relativ mare, tulburări de pronunţie – dislalii şi deficienţe ale vocii. Unele dintre deficienţele subliniate se menţin şi în condiţiile unei activităţi de stimulare organizată a limbajului (în procesul instructiv-educativ), ca urmare a capacităţilor diferite de recepţionare, în funcţie de gravitatea handicapului.

În şcoală, deficientul învaţă să facă eforturi şi să asimileze cunoştinţele în mod organizat, să conştientizeze exigenţele impuse de procesul instructiv-educativ, să devină mai sistematic în acţiuni şi în gândire şi, în general, să-şi disciplineze întreaga activitate psihică. În condiţiile în care acţiunilor specifice procesului instructiv-educativ li se adaugă şi activităţi organizate de stimulare a limbajului (aşa cum s-a procedat cu grupa experimentală), se pot obţine progrese însemnate la majoritatea subiecţilor, în dezvoltarea proceselor cognitive şi în formarea unor trăsături de personalitate care uşurează integrarea lor în colectivitate. Cu toate aceste eforturi depuse, la handicapaţii de intelect se menţin o serie de caracteristici specifice limbajului involuat, în care nota dominantă este aceea a comunicării incoerente şi a progresului lent pe linia funcţiei semiotice a vorbirii. Handicapaţii senzoriali din grupa experimentală (mai cu seamă cei de vedere) înregistrează progrese evidente în dezvoltarea limbajului, atât sub raport calitativ, cât şi cantitativ – ceea ce le permite să folosească construcţii lingvistice tot mai complexe. La aceasta se adaugă formarea operaţiilor mintale, implicate în activitatea de gândire şi de înţelegere, bazate pe o motivaţie tot mai clar conturată şi pe dezvoltarea aspiraţiilor în conturarea deprinderilor cognitiv-culturale, asemănătoare persoanelor normale şi care semnifică compensarea deficienţei senzoriale şi o bună adaptare.

Din activităţile organizate, ca şi din procesul instructiv-educativ rezultă că, şi în cazul handicapaţilor de intelect, limbajul se supune mai uşor influenţelor pozitive, în raport cu celelalte funcţii psihice şi, ca atare, este necesar ca prin intermediul acestuia, să se organizeze întreaga activitate compensatorie şi recuperatorie (E. Verza, 1973).

La handicapaţii de intelect, decalajul dintre dezvoltarea limbajului şi celelalte funcţii psihice este foarte evident, datorită faptului că posibilităţile de înţelegere şi ideaţie rămân limitate, în timp

ce capacitatea de exprimare înregistrează progrese interesante. Pentru handicapații auditiv, situația se prezintă astfel: dezvoltarea psihică generală înregistrează progrese remarcabile, în timp ce structurile limbajului avansează lent în procesul demutizării, iar la deficienții de vedere caracteristicile vorbirii se apropie tot mai mult de cele ale normalului şi devin suport pentru stimularea funcţiilor psihice superioare. Apare aici, evident, fenomenul de heterocronie, cum l-a numit R. Zazzo (1979), când s-a referit la dezvoltarea inegală a proceselor şi funcţiilor psihice şi de care este necesar să se țină seama în activitatea instructiv-educativă, prin adoptarea unei metodologii care să vizeze stimularea aspectelor deficitare, pornind de la cele ce se supun mai facil, sub incidența influențării favorabile.

Handicapații de intelect au, totuşi, posibilitatea să-şi însuşească unele formule stereotipe pe care le utilizează în conversații simple. Chiar dacă expresiile lingvistice de argou le învață fără eforturi, comunicarea lor nu se desfăşoară după o anumită logică şi pentru că asociațiile (în planul ideal), nu se pot conştientiza pe deplin şi nu cuprind abstractizări şi generalizări. Regulile gramaticale sunt utilizate în mod defectuos, ceea ce face să scadă claritatea comunicării. Aceasta este defectuoasă şi din cauza frecventelor tulburări ale pronunției, vocii, ritmului vorbirii etc. Principala şi cea mai stabilă caracteristică este aceea a imaturității vorbirii, care se accentuează în raport de gravitatea deficienței mintale, putând ajunge până la marcarea exclusivă a infantilismului, caracteristic copiilor normali din ontogeneza timpurie. La copiii sub 2 ani, imaturitatea vorbirii nu este atât de evidentă, dar cu timpul, diferențele dintre vorbirea normală şi cea a handicapatului se accentuează tot mai mult şi ca urmare a fenomenelor de perseverare, caracteristice structurilor mentale neevoluate ale acestora din urmă. Fenomenele de perseverare, ce apar frecvent, se extind de la nivelul sunetelor şi silabelor la cuvinte şi chiar propoziții, ceea ce dă o notă dezagreabilă vorbirii, iar comunicarea devine tot mai confuză.

Analiza comunicării şi a limbajului nu se poate reduce numai la nivelul dezvoltării mintale, căci sunt şi alți factori care influențează cantitatea şi calitatea activității respective. Astfel, Doru Popovici (2000), ia în considerație factorii sociali şi strategiile de comunicare pe care aceşti subiecți le adoptă în relațiile cu cei din jur şi ca urmare, conduita verbală poate fi frecvent suplinită de comportamente gestuale (nu totdeauna adecvate) sau de orientare a atenției auditoriului prin

mişcări caracteristice instabilităţii psihomotorii, fiind în dezavantajul unei bune relaţionări.

La deficienţii de auz demutizaţi sau în curs de demutizare, inteligibilitatea comunicării este afectată de tulburările intonaţiei, ritmului şi debitului vorbirii, pe care îşi pune amprenta şi sărăcia vocabularului. Nesiguranţa în exprimare se datorează şi schimbărilor pe care le suferă cuvintele flexibile, variaţiile topice, sintactice şi semantice (C. Pufan, 1982, pag. 59). Vorbirea hipoacuzicilor este mai clară şi mai variată, deoarece vocabularul este mai bogat, iar perceperea, fie şi parţială, a vorbirii persoanelor din jur sporeşte capacitatea de înţelegere şi exprimare. Surdovorbitorii şi hipoacuzicii au dificultăţi în discriminarea consoanelor sonore de cele surde, a şuierătoarelor de siflante, nu articulează corect combinaţiile de consoane, omit începutul sau sfârşitul cuvintelor, nu respectă structura gramaticală, iar din cauză că sunetele surde îşi pierd din sonoritate, vorbirea se realizează, parţial, în şoaptă şi este nemelodică sau stridentă, dublată de nerespectarea accentului.

Deoarece la handicapaţii de vedere nu este afectată integritatea analizatorilor verbomotor şi auditiv , iar dezvoltarea intelectivă este relativ normală, posibilităţile de însuşire a vorbirii sunt mai mari, dar se menţin unele dificultăţi în structurarea activităţii psihice. Aceste dificultăţi se datorează şi slabei înţelegeri în nuanţarea vorbirii, ca urmare a imposibilităţii de a percepe vizual, mijloacele mimico-gesticulare ce completează comunicarea verbală. Tot din cauza imposibilităţii imitării vizuale, a mişcărilor specifice articulării, apare lipsa de sincronizare şi modulare adecvate a aparatului fonoarticulator pentru pronunţarea sunetelor. Astfel, sunt afectate, în primul rând, acele sunete care necesită mişcări organice fine: r, s, ş, f, v, z, l etc. De asemenea, apar, cu oarecare frecvenţă deformările, omisiunile, adăugirile şi substituirile atât ale sunetelor, cât şi ale silabelor şi cuvintelor. O serie de autori, printre care Pollack, Sumby, O'Neill, M. Durand, au demonstrat experimental, că lipsa perceperii feţei vorbitorului şi a mişcărilor buzelor determină dificultăţi în receptarea rostirii şi decodificarea conţinutului semantic (P. Fraisse, J. Piaget, 1972, pag. 47). În fapt, este vorba de conţinutul semantic al comunicării nonverbale (CNV), care însoţeşte întreaga conduită verbală. Deşi handicapaţii de vedere au dificultăţi, mai cu seamă atunci când conţinutul celor exprimate are un caracter abstract sau când conceptele cu care operează nu le pot raporta la imaginea

concretă, ei reuşesc cu eforturi susţinute să ajungă la o dezvoltare a limbajului asemănătoare cu a normalilor.

Ca o caracteristică generală, toate categoriile de handicapaţi, şi mai cu seamă cei de intelect şi auditivi, întâmpină dificultăţi atât în înţelegerea subcontextului în care se desfăşoară conduita verbală, cât şi în plasarea comunicării într-un context organizat. Dacă avem în vedere cele trei straturi contextuale, descrise de T. Slama–Cazacu (1959), şi anume : ***contextul total,*** ce nu este identic cu contextul situaţional, ***contextul explicit,*** care este mai evident în limbajul oral şi ***contextul verbal*** sau discursiv, de natură strict lingvistică, observăm că ele nu sunt organizate în comunicare la handicapaţii de intelect şi la cei auditivi, şi nici nu apar bine delimitate. În general, atât în ceea ce priveşte caracteristicile de expresie, cât şi de recepţie, se creează impresia că ele nu se supun legilor de înţelegere a ansamblurilor funcţionale complexe şi dinamice ale limbajului, pentru că transportul şi asimilarea informaţiei se realizează, de cele mai multe ori, incomplet sau neorganizat, într-un sistem mintal unitar al cunoştinţelor.

Conduita verbală a handicapaţilor este dominată de caracteristicile emoţional-afective, care nu totdeauna întregesc conţinutul semantic, ci, dimpotrivă, estompează cogniţia. La acestea se adaugă multe elemente neesenţiale şi redundante care îngreunează recepţia informaţiei de către auditor şi, în final, întreaga comunicare este centrată pe sens şi nu pe semnificaţie.

Învăţarea citit-scrisului lărgeşte orizontul de cunoaştere al copilului şi contribuie la disciplinarea gândirii sale. În aceste condiţii, comunicarea devine, în general, mai încărcată cu elemente valorice, iar centrarea pe semnificaţie pune în evidenţă organizarea operaţiilor gândirii şi, totodată, modalităţi superioare de învăţare, atât în planul cognitiv, cât şi în cel motivaţional. La rândul lor, experienţa cognitivă şi inteligenţa subiectului devin factori dinamizatori în organizarea planurilor verbale şi a înţelegerii discursive, iar reuşita în învăţare se trăieşte intens ca stare de satisfacţie cu implicaţii importante în formarea personalităţii (figura 8). Ca atare, nu numai la copilul normal, dar şi la cel cu handicap de intelect sau senzorial, este necesar să se diversifice gama preocupărilor pentru dezvoltarea conduitei verbale, ca factor hotărâtor în organizarea şi ierarhizarea comportamentelor general umane.

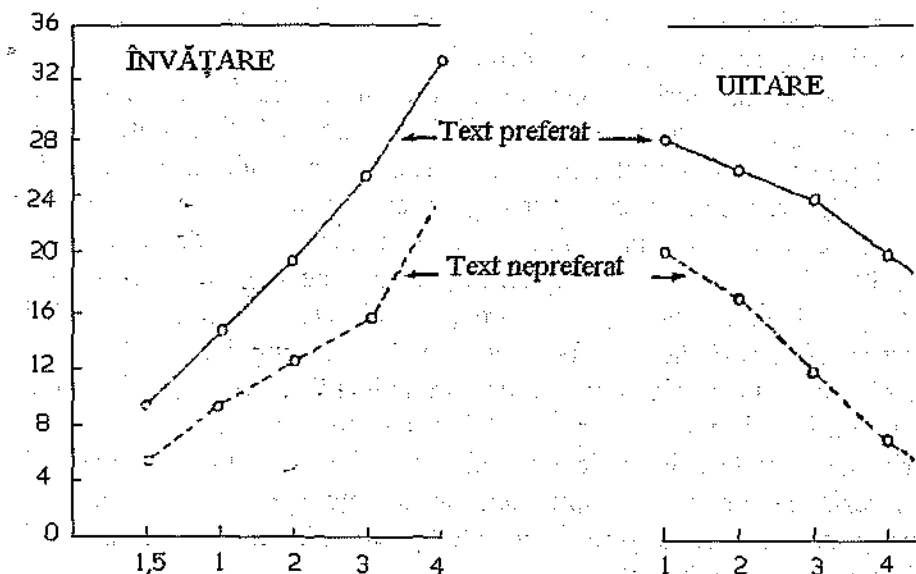


Fig. 8. Învăţarea şi uitarea materialului controversat. Oamenii învaţă mult mai repede şi reţin mult mai uşor materialul care corespunde interesului şi atitudinilor lor (este adevărată şi reciproca) (Levine şi Murph)

Capitolul V

FORMAREA ŞI DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE CITIT-SCRIS

1. *Pregătirea copilului pentru achiziția citit-scrisului*

Formarea deprinderilor de citit-scris depinde de o serie de factori, printre care cei mai importanți se referă la dezvoltarea psihică generală, şi, în primul rând, la dezvoltarea intelectului, la dezvoltarea motrică generală şi, în special, la kinestezia mâinii, la nivelul achizițiilor verbale şi calitatea conduitei verbale, la motivația pentru activitatea respectivă, la interesul subiectului de a-şi însuşi cât mai repede noile achiziții. Dacă aceşti factori țin de caracteristicile subiective ale individului, însuşirea actului citit-scrisului are la bază şi factori de natură obiectivă care privesc metodologia predării cunoştințelor necesare şi măiestria educatorului de a forma trăsături emoțional-afective pozitive, menite să stimuleze procesele cognitive ale subiectului, ca şi atitudinile evaluative şi nivelul de exigență manifestat în legătură cu activitatea desfăşurată de subiect.

Până la intrarea copilului în şcoală, când de fapt începe, în mod organizat, învățarea citit-scrisului, familia şi grădinița realizează o oarecare pregătire nu numai psihologică, dar şi practică a acestuia. Avem în vedere, în primul rând, formarea unor deprinderi de autoservire, de a fi atent, de a urmări desfăşurarea evenimentelor, de a întreba şi răspunde politicos, de a saluta, toate ducând la organizarea activității practice, dar şi a planurilor intelectuale.

În acelaşi context se înscriu o serie de activităţi desfăşurate în grădiniţă, cum sunt cele precaligrafice, de desen, de modelaj, de citire a imaginilor, de povestire, care contribuie la dezvoltarea motricităţii fine, a kinesteziei mâinii şi a capacităţii verbale.

Referindu-se la rolul şcolii moderne, André Casteilla (1977) este de părere că ea are un dublu scop: acela de a forma o scriere lizibilă, cursivă şi rapidă. Datorită condiţiilor vieţii trepidante, specifice secolului în care trăim, s-a renunţat la scrierea caligrafică şi s-a adoptat scrierea „directă" care este în favoarea creşterii rapidităţii şi a adaptării elevilor la viaţa şcolară. În sporirea vitezei scrisului, o atenţie cu totul aparte trebuie acordată traseului acestuia, în care rolul principal îl are – după autorul amintit – instrumentul de scris, suportul şi subiectul. Astfel, se constată că, folosirea pixului, a stiloului cu pâslă şi a celui cu cerneală, permite o scriere mai cursivă, deoarece contribuie la înlăturarea tendinţei copilului de a apăsa şi, ca atare, mişcările devin mai suple. În ceea ce priveşte caietele utilizate pentru învăţarea scrisului, A. Casteilla recomandă ca ele să fie liniate orizontal, vertical şi oblic, la o anumită distanţă, care să permită efectuarea optimă a buclelor şi să faciliteze scrierea înclinată.

În final, succesul în formarea deprinderilor de scris este influenţat şi de exerciţiile pregătitoare, cum sunt cele de folosire a pensulei în etapa preşcolară şi chiar şcolară mică, cu scopul de a-l obişnui pe copil să-şi relaxeze musculatura pentru a realiza grafemul sau cuvântul printr-o singură trăsătură. Cu siguranţă, controlul permanent exercitat de învăţător asigură reuşita şcolară, în general, şi a scris-cititului în special.

Prin aceste activităţi, se formează caracteristici generale psihice de întreţinere a oricărei activităţi manuale, ca îndemânarea, atenţia în apucarea obiectelor, realizarea corectă a mişcărilor implicate în autoservire, îmbrăcat, spălat, alimentaţie etc. Pe de altă parte, se formează, în familie şi şcoală, mici îndemânări legate de ţinerea corectă a creionului, efectuarea de desene, picturi. O serie de jocuri de manipulare, jocuri de construcţie, încastraţie, decupaj, legarea cu sfoară, lipitul, confecţionarea de jucării de hârtie etc., antrenează mişcările mâinii în activităţi diferite, flexibile, suple şi eficiente. Desigur, dezvoltarea psihică generală, formarea capacităţilor de a fi atent, de a persista în orice activitate, până la finisarea ei, spiritul de ordine şi de raţionalizare a mişcărilor etc. au o mare importanţă ca structuri psihice de întreţinere a tuturor tipurilor de activităţi şi –

bineînțeles – constituie structuri ce conferă garanție activităților relativ complexe în formarea deprinderilor de citit-scris.

2. *Vârsta optimă de învățare a citit-scrisului*

În genere, se apreciază că, din punct de vedere psihic şi fizic, copilul de 6 ani este apt pentru învățarea citit-scrisului. Aceasta este posibilă pentru că, în plan biologic, are loc o creştere a întregului organism şi se evidențiază procesul de osificare la toate nivelurile organismului, a coloanei vertebrale, a toracelui, claviculelor etc. Un rol important în activitatea de scriere (grafism) îl are procesul intens de osificare a falangelor mâinii, care permite creşterea forței şi capacității generale a activităților manuale. Creşterea în precizie şi forță a membrelor superioare este importantă la 6 ani; concomitent cu procesul de osificare, are loc şi dezvoltarea musculaturii, a articulațiilor şi tendoanelor ce sporesc precizia şi viteza în mişcări, permițând o mai bună adaptabilitate a acestora.

Cu cât kinestezia este mai dezvoltată, cu atât au loc coordonări mai precise în executarea grafemelor, a desenului, a activităților manuale şi, în general, fenomenul de oboseală nu se instalează prea repede.

Activitatea de scriere este subordonată, în toate planurile sale, activității intelectului; din acest punct de vedere, planurile intelectului copilului sunt susținute de o intensă dezvoltare a cogniției, în care percepțiile, reprezentările, gândirea, imaginația etc. devin mai bogate şi mai organizate, facilitând activitatea de integrare a cunoştințelor şi ierarhizarea acestora după criterii valorice. Acest proces este alimentat de dezvoltarea generală a sistemului nervos central şi mai cu seamă a creierului noetic implicat în toate activitățile (figura 9). Creşterea lobilor frontali şi organizarea căilor funcționale determină dezvoltarea unor noi zone de asociație, indispensabile însuşirii citit-scrisului, cum sunt cele dintre analizatorul motor şi verbal, acustic şi vizual, tactil şi acustic (ultimul cu implicații majore în scrierea şi citirea nevăzătorilor în Braille.).

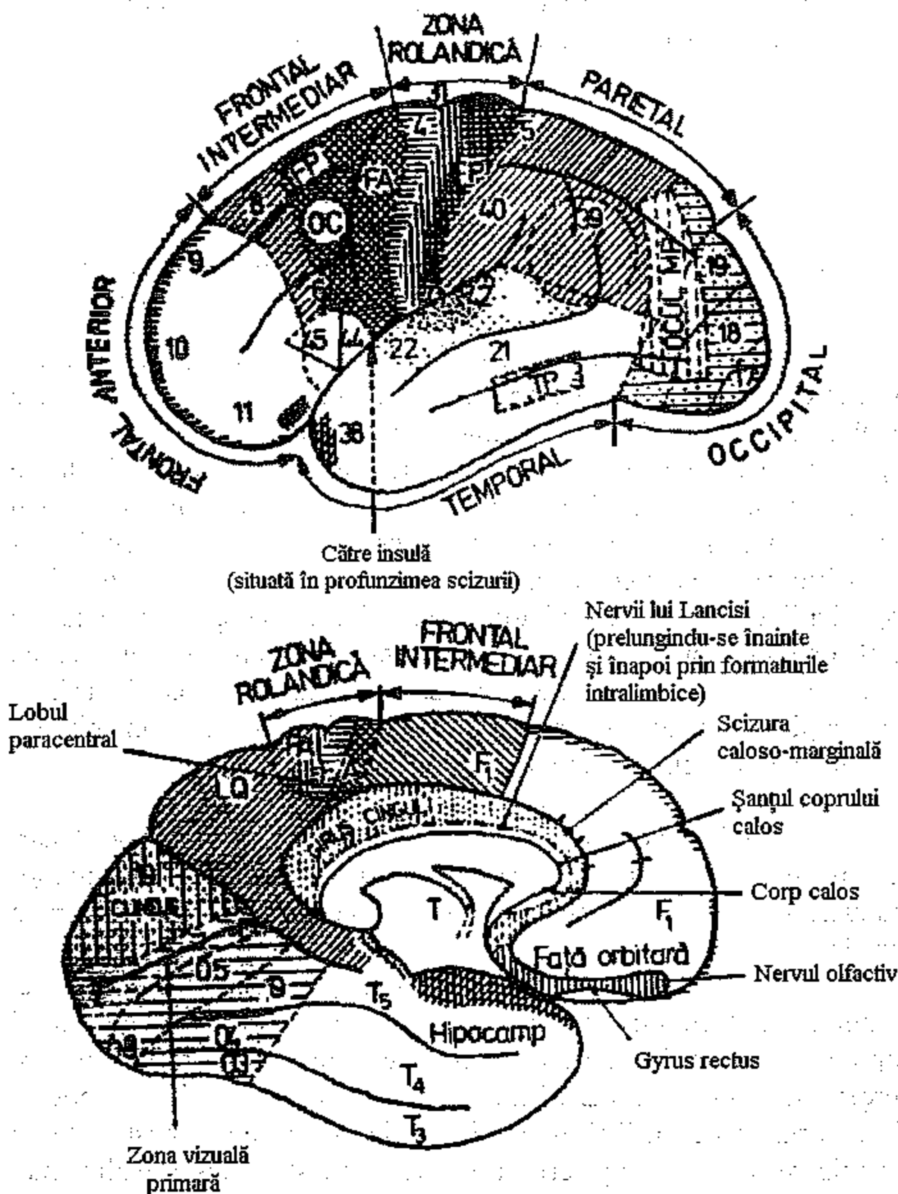


Fig. 9. Principalele zone funcţionale ale scoarţei cerebrale a emisferei stângi (după Mesquin şi Trelles).

Dezvoltarea percepţiilor, în general, şi în mod special cele care privesc discriminarea formelor spaţiale, a obiectului şi fondului, a percepţiei mărimilor, a reliefului şi a determinării dreapta-stânga, sus-

jos, mare-mic constituie indicii ale abilității în formarea deprinderilor de citit-scris. Aspectele discriminative se dezvoltă la copii, în relație cu perceperea spațiului mic în care un rol important îl are orientarea spațială pe foaia de hârtie, decodificarea și diferențierea grafemelor etc., care susțin o evoluție spre activitatea intelectuală complexă (E. Verza, F.E.Verza, 2000, pag. 136). La acestea se adaugă rolul jucat de dezvoltarea memoriei vizuale, pentru discriminarea literelor și grafemelor și a celei auditive, pentru corelația sunet-literă și sunet-grafem. În ansamblu, evoluția inteligenței copilului duce la formarea unor structuri operative care ușurează stabilirea strategiilor ce pot fi considerate decisive pentru formarea deprinderilor complexe de citit-scris.

În același timp, posibilitățile copilului de 6 ani de a-și însuși scris-cititul se datorează și condițiilor moderne în care fenomenul, numit enculturație (cărțile colorate pentru copii, emisiunile de radio și TV), îi creează un fond aperceptiv și îl sensibilizează pentru activitatea școlară. Ca urmare, la intrarea în școală, copilul posedă multe cunoștințe din domenii diferite și interesul său este tot mai accentuat în raport cu evenimentele din lumea înconjurătoare.

Cu toate acestea, vârsta de începere a școlarizării variază de la țară la țară. În multe țări, vârsta de 6 ani se consideră ca fiind cea mai indicată, dar, în altele, școlarizarea începe la 5 ani sau 7 și chiar 8 ani. Această atitudine este în funcție nu numai de concepția generală cu privire la condiția ființei umane, dar și în raport de factorii de mediu care influențează dezvoltarea biologică, de posibilitățile de cuprindere a populației școlare în sisteme organizate de instruire și întrebuințarea forței de muncă. Astfel, societatea devine tot mai receptivă față de pregătirea copiilor încă din primii ani de școală, deoarece acestea influențează, de multe ori, decisiv evoluția ulterioară.

3. *Geneza grafismului și a cititului*

În literatura de specialitate, se consideră că scrierea a apărut odată cu vorbirea articulată. Cu siguranță că lucrurile stau așa, dacă avem în vederea scrierea actuală (de fapt, adevărata scriere). Dar forme grafice de comunicare au existat cu mult timp înainte, așa cum au existat și forme preverbale, prin care comunicarea se realiza cu

ajutorul gesturilor, mimicii, pantomimicii şi chiar râsul, surâsul, postura exprimau stări atitudinale cu semnificaţie pentru semenii din jur. Forme de comunicare neorganizate pot fi căutate în semnificaţia ce o au diferitele urme lăsate de grupuri sociale străvechi, în aşezarea diferitelor pietre, care aveau o anumită semnificaţie pentru cei care cunoşteau cât de cât un anumit cod. Dacă la început predomina încărcătura de avertizare (de primejdii, de noningerenţă etc.), cu timpul, astfel de forme de comunicare au căpătat o semnificaţie afectiv-cognitivă tot mai mare. O serie de autori (Ş. Andronescu – 1959, Al. Graur – 1972, G. A. Spirkin – 1963, H. Wald - 1968), bazaţi pe argumente lingvistice, antropologice şi filosofice, emit idei interesante cu privire la existenţa unor forme de scriere, legate de comunicarea nearticulată şi care se perfectează odată cu apariţia vorbirii articulate. Aşadar, până să se ajungă la pictografie, când putem considera că semnul grafic exprima conţinutul vorbirii articulate, obiectele, uneltele pe care le utiliza omul, simbolizau şi reflectau elementele incipiente ale desfăşurării activităţii mentale. Având la bază reprezentări şi imagini simple, desenele omului exprimau, nediferenţiat, gândirea globală şi concret-intuitivă. Posibilităţile de comunicare, prin intermediul pictografiei, erau limitate în timp şi spaţiu, iar citirea şi înţelegerea depindeau de capacităţile şi experienţa de viaţă a individului. Aspectul figurativ reprezentat prin pictografii era în detrimentul conceptualizării şi exprimării esenţialului din planul ideaţiei.

Scrierea hieroglifică depăşeşte limitele pictografiei, dar devine mai dificil de decodificat, pentru că simbolizarea complexă permite exprimarea unui conţinut de idei mai bogat. Pentru a o înţelege, era necesară o oarecare iniţiere şi o dezvoltare a posibilităţilor de abstractizare şi generalizare ale gândirii. Relativ recentă, din punct de vedere istoric (Ş. Andronescu o plasează acum 6000 ani), scrierea ideografică semnifică evoluţia psihică a omului, dezvoltarea capacităţilor sale de ideaţie şi adaptare la condiţiile de mediu, ca şi cooperarea dintre membrii societăţii.

Odată cu dezvoltarea vorbirii articulate, se simte tot mai mult nevoia găsirii unei forme complexe de transpunere în planul grafic, care să poată cuprinde întreaga bogăţie a ideilor, pe de o parte, iar pe de altă parte, să permită comunicarea cu generaţiile viitoare. Astfel, a apărut ***scrierea alfabetică***, dar după un complicat proces de căutări şi eforturi susţinute. Saltul a fost, mai ales, de ordin calitativ, şi demonstrează, totodată, progresele dezvoltării psihice şi culturale.

Scrisul reprezintă o activitate complexă de comunicare ce constă în transpunerea grafică a structurii fonetice a vorbirii şi marchează stadiul desfăşurării gândirii, a evoluţiei psihice, în general, în care organizarea mentală şi formarea strategiilor intelectului sunt implicare nemijlocit. În fapt, semnul grafic reprezintă, în spaţiul grafic, elementul sonor al vorbirii, vorbirea articulată, iar conţinutul activităţii mintale dobândeşte valoare numai în raport de semnificaţia ce o prezintă mesajul de idei. Semnul grafic nu prezintă o anumită semnificaţie, în schimb, consemnează un element sonor al limbii – fonemul (Al. Rosetti). Recunoaşterea semnelor grafice şi acordarea de sens, prin înţelegerea conţinutului reprezentat în scriere, se realizează prin citire. Este dificil să trasezi o linie de demarcaţie între scriere şi citire. Aceasta şi pentru faptul că în procesul instructiv ele se învaţă concomitent. Scrierea nu se poate însuşi în afara citirii – şi acesta este un fapt de necontestat. Metodele care preconizau învăţarea scrierii înaintea citirii – cum este notată metoda Freinet – exacerbau activitatea motorie, prin care centrarea întregului proces de scriere pe abilitatea de copiere – transpunere a literelor şi chiar a cuvintelor în spaţiul grafic. Concomitent cu scrierea, se realizează şi o formă de citire, în scopul verificării corectitudinii celor scrise. Dar citirea se poate învăţa fără un exerciţiu expres al scrierii. Încă cu mult timp în urmă, Maria Montessori disocia cele două acte, afirmând că scrisul precede cititul.

S-a validat faptul că perceperea formei vizuale a literelor este reţinută şi se realizează mai uşor şi mai stabil, dacă se face concomitent cu reprezentarea lor grafică. Când înveţi să citeşti într-o limbă străină, iar apoi treci la însuşirea scrisului, dificultăţile scad simţitor, iar formarea deprinderilor grafice se realizează într-un timp mai scurt.

Din punct de vedere psihologic, scrierea fonetică are o evoluţie asemănătoare cunoaşterii umane, fiind influenţată pozitiv de aceasta şi devine, la rândul ei, mijloc de realizare şi propulsare pentru aceasta. Posibilităţile combinatorii ce se realizează între diferitele grafeme lărgesc varietatea exprimării şi contribuie la stabilizarea operaţiilor mintale. Spre deosebire de celelalte forme de comunicare, scrisul are o desfăşurare mai riguroasă, care obligă nu numai procesele intelectului la organizare şi ierarhizare, dar impune şi exigenţe lexicale şi gramaticale sporite. De asemenea, scrierea pune mai bine în evidenţă, decât alte forme ale gândirii, particularităţile de personalitate ale individului. Pentru că vom mai reveni asupra acestui aspect,

menționăm doar că începând de la formă, plasarea în spațiul grafic, mărimea şi raporturile dintre grafeme şi ajungând la stil şi conținut, toate sunt elemente ce ne permit recunoaşterea celui sau celei căreia îi aparține scrisul şi chiar a nivelului de cultură şi dezvoltare psihică, a trăsăturilor caracteriale şi temperamentale şi a sexului persoanei care scrie. Pe acest temei, grafologia se constituie ca un domeniu tot mai important, cu mare acțiune practică, dar care, până în prezent, nu a înregistrat progresele scontate.

4. *Etapele învățării citit-scrisului*

Majoritatea specialiştilor consideră că, pentru învățarea citit-scrisului, copilul trebuie să aibă o etate mintală echivalentă cu cel puțin vârsta de 5 ani. Se apreciază că la acest nivel, percepția, reprezentarea şi gândirea capătă forța necesară, pe linia organizării şi sistematizării, încât fac posibilă transpunerea grafică a sunetelor din vorbirea articulată şi înțelegerea simbolisticii literelor. Pe de altă parte, se poate crea o motivație corespunzătoare pentru susținerea efortului volițional prezent, într-o asemenea activitate complexă, şi se conştientizează momentele implicate în fiecare etapă specifică însuşirii citit-scrisului, iar dezvoltarea motrică îi permite copilului să mânuiască adecvat instrumentul de scris.

În procesul instructiv-educativ, învățarea citit-scrisului are loc în funcție de o serie de factori ce țin atât de particularitățile subiective specifice elevului, cât şi de cele obiective care privesc metodologia predării cunoştințelor şi calitățile de pedagog ale învățătorului. Referindu-se la particularitățile psihice ale copilului, U. Şchiopu (1967, pag. 218) subliniază, în primul rând, fenomenul de neatenție care îngreunează învățarea citit-scrisului şi care se poate manifesta în două feluri: este vorba de copii neatenți, activi, agitați motor, cu manifestări de instabilitate şi distragere, şi cei neatenți, pasivi ce sunt liniştiți, dar se gândesc mai tot timpul la altceva. Şi într-un caz şi în altul, permanentizarea acestor situații nu contribuie la organizarea proceselor cognitive şi la dezvoltarea motivației pentru formarea abilităților necesare citit-scrisului. Cauzele unor asemenea manifestări trebuie căutate într-un mediu educativ familial neadecvat sau în unele exacerbări de tip temperamental (mai ales colericii excesivi).

În analiza însuşirii şi dezvoltării abilităţii de a citi şi scrie, se disting trei etape mai importante: ***preabecedară, abecedară şi postabecedară.***

În etapa ***preabecedară*** se dezvoltă capacitatea copilului de a discrimina şi combina unităţi fonetice, de a forma părţi întregi, ceea ce facilitează însuşirea simbolisticii citit-scrisului. Aici, sunt solicitate frecvent operaţiile de analiză şi sinteză, deoarece copilul este pus în situaţia de a despărţi cuvintele în silabe şi sunete, iar pe de altă parte să ajungă, prin unirea silabelor şi a sunetelor, la cuvinte. La aceasta contribuie şi faptul că micul şcolar realizează că fiecare cuvânt are o anumită semnificaţie şi desemnează obiecte şi fenomene.

Etapa a doua, ***abecedară,*** se caracterizează prin aceea că şcolarul posedă, în planul ideaţiei, capacitatea de a stabili raporturi între grafeme şi foneme. Dezvoltarea înţelegerii sensului cuvintelor şi a contextului poate, pe de o parte, uşura procesul citirii, întrucât percepe mai uşor literele ce compun cuvântul şi cuvintele ce compun propoziţia, iar pe de altă parte, o asemenea situaţie poate îngreuna citirea, atunci când copilul are tendinţa de a ghici ce urmează şi nu depune efortul necesar pentru a citi fiecare unitate în parte, pentru a-i surprinde înţelesul şi pentru a o putea raporta la contextul general.

În etapa ***postabecedară,*** copilul dispune de mecanismele nervoase şi însuşirile psihice necesare şi poate realiza citit-scrisul pe baza existenţei unor deprinderi ce se perfecţionează continuu. Dificultăţile în discriminarea grafemelor ce compun cuvântul pentru redarea în scris şi cele legate de unificarea fonemelor pentru citit se reduc tot mai mult în această perioadă, permiţând realizarea actului de citit-scris în mod fluent.

Atât cititul cât şi scrisul au la bază caracterul intenţional. Progresele, în formarea deprinderilor, sunt legate însă şi de exerciţii, de caracteristicile acestora şi de însuşirea corectă a abilităţilor respective de la bun început. Conştientizarea fiecărui moment al citit-scrisului determină o înţelegere mai profundă a semnificaţiei cuvântului şi a unităţilor care îl compun. Formarea abilităţilor depinde şi de integritatea analizatorilor. Dacă pentru citit, analizatorul auditiv şi vizual joacă un rol însemnat, pentru scris, la cei doi analizatori menţionaţi se adaugă şi interacţiunea lor cu auzul fonematic, care se poate dezvolta prin exerciţiu, dar pentru care educaţia, chiar cea

şcolară, face încă destul de puţin, astfel încât această capacitate este susţinută mai mult spontan prin activităţile ocupaţionale (inclusiv cele ludice).

5. *Lectura după imagini – etapă premergătoare achiziţiei citit-scrisului*

Având convingerea importanţei şi a rolului jucat de lectura după imagini pentru pregătirea copilului preşcolar în vederea dezvoltării limbajului, în general, şi în achiziţia citit-scrisului, în special, noi am făcut investigaţii numeroase pe această temă (1968,1973,1977,1983).

Lectura după imagini este importantă în comunicarea perceptiv-verbală, deoarece constituie o componentă a actului de culturalizare a copiilor; ea creează premise favorabile pentru însuşirea citit-scrisului şi, ca urmare, constituie o etapă ce se impune a fi parcursă de către copilul preşcolar. La această vârstă, unii autori folosesc şi citirea de filme care prezintă scurte istorioare, ca metodă analitico-vizuală pentru învăţare (G. Mialaret, C. Maloudoin). Într-un studiu efectuat asupra principalelor caracteristici ale limbajului copilului de vârstă preşcolară, în lectura după imagini, am surprins o serie de aspecte cu implicaţii directe în însuşirea citit-scrisului.

Cercetarea s-a desfăşurat într-o grădiniţă de copii cu orar săptămânal şi într-una cu orar redus şi a constat din prezentarea unor imagini cu ajutorul cărora se puteau alcătui povestiri, de pildă jocul de-a povestirea. Experimentul s-a desfăşurat în două variante. În cursul primei variante, s-a prezentat subiecţilor, pe rând, un grup de trei, apoi patru, ulterior cinci imagini, subiectul având sarcina de a le aranja în ordinea logică a succesiunii. Ulterior, el trebuia să povestească, să creeze o povestire din imaginile respective. În cadrul variantei a doua, aceleaşi imagini erau aranjate corect de experimentator, iar copiii aveau sarcina să povestească. Varianta a doua s-a desfăşurat cu aceiaşi subiecţi, după trei zile de la prima încercare. Prin urmare, este vorba de trei povestiri în varianta primă şi tot atâtea, în varianta a doua.

Ca atare, o primă problemă inclusă în cercetare se referă la sondarea caracteristicilor privind ordinea aranjării imaginilor în cazul unor situaţii gradate ca dificultate (3, 4, 5 imagini).

În a doua variantă, ordinea era dată de experimentator. Sarcina comună, în ambele variante, consta în organizarea povestirii pe marginea punctelor de reper create de seriile de imagini. Acest mod de solicitare a capacităților verbale se utilizează astăzi în vederea depistării posibilităților proiective verbale, fie sub forma solicitărilor de a crea un context epic și interpretativ unei ilustrații, fie sub forma organizării propriu-zise a povestirii sugerate de imagini. Deci, noi am combinat cele două modalități de folosire a imaginilor. Fără îndoială, povestirile copiilor cuprind numeroase aspecte extraverbale (percepția, observația, gândirea, imaginația; chiar și deblocări afective). Ne vom referi, însă, numai la aspectele verbale (vocabular și părți de cuvânt) pe care le-am relevat. S-a lucrat cu un lot de 51 de copii, reprezentând câte 17 copii din fiecare grupă din grădiniță.

În cadrul experimentelor, se nota timpul necesar ordonării imaginilor, timpul în care se realiza povestirea și tot ceea ce verbaliza copilul cu ocazia contactului cu imaginile date în experiment. Notația timpului am considerat-o necesară, deoarece ne-a permis o sondare a vitezei relative de structurare a contextului verbal în situațiile considerate la copiii din cele trei grupe preșcolare.

Tabelul nr. 3

Grupa	Nr copiilor	Timp folosit pentru aranjarea imaginilor			Timpul folosit pentru povestirea după imaginile aranjate de copil			Timpul folosit pentru povestirea după imaginile aranjate de experimentator		
		3 imagini	4 imagini	5 imagini	3 imagini	4 imagini	5 imagini	3 imagini	4 imagini	5 imagini
Mică	17	8'42"	10'7"	11'7"	14'30"	13'25"	19'13"	10'8"	12'32"	15'52"
Mijlocie	17	8'23"	12'16"	15'13"	20'35"	19'51"	19'15"	10'51"	13'18"	15'14"
Mare	17	8'42"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"
Total	51	89'35"			158'24"			121'32"		

Dintre cei 17 copii din grupa mică (în cadrul povestirii realizată după trei imagini), nici unul nu a putut sesiza ordinea logică a succesiunii imaginilor. Aranjarea imaginilor s-a făcut la întâmplare,

în general copiii (nu se gândeau) nu aveau în vedere ansamblul povestirii, ci priveau, cu curiozitate, imaginile în mod separat. Timpul de ordonare logică a imaginilor, foarte scurt, atât ca timp global, cât şi ca timp specific pentru fiecare aranjare, a pus în evidenţă lipsa de atenţie şi de preocupare pentru aceasta. Timpul necesar povestirii (tabelul nr.3) şi povestirea copiilor din această grupă reflectă incapacitatea de a lega logic-verbal imaginile.

Povestirile copiilor din grupa mică sunt un fel de lectură a conţinutului separat al imaginilor; ei nu reuşesc să închege o poveste după ansamblul imaginilor date. De altfel, lipsa de logică în ordonarea imaginilor le-a îngreunat şi mai mult sarcina. În relatările copiilor din grupa mică există elemente care nu se găsesc în imaginile date în experiment, fără nici o legătură cu acestea, conflicte şi acţiuni exterioare şi, de cele mai multe ori, fără nici o legătură cu imaginile date, manifestându-se astfel prezenţa funcţiilor proiective ale personalităţii, exprimate haotic şi simplificat. În povestirea după imaginile aranjate de experimentator se observă o îmbunătăţire a calităţii povestirilor copiilor şi o lărgire a conţinutului de fapte cu elemente noi, ceea ce arată că lectura unor povestiri după imagini este de fapt activă la această vârstă. Diferenţa de timp între povestirile după imaginile aranjate de experimentator este evidentă, în sensul că în prima variantă timpul este mai mare, deşi povestirea este mai aridă şi mai scurtă.

Faptul ca atare ne face să ne gândim la oportunitatea activităţilor libere de educare a planului intelectual. Oricum, o percepţie cu semnificaţii ambigue se pare că blochează, la această vârstă, posibilitatea de a structura un sens al povestirii.

Copiilor li s-au prezentat, spre lectură, imaginile povestirii „Cei trei pisoi". Pentru ilustrare, redăm povestirea fetiţei Lenuţa G. (povestirea după imaginile aranjate de copii) din grupa mică.

1. Văd pisicuţe. Am văzut căţelul... Mai văd o pisicuţă.
2. Pisica. Văd pisicuţe. Aici văd tot pisicuţe.
3. Mai văd pisicuţe. Văd pisicuţe şi încă una... văd pisicuţe.

Povestirea aceluiaşi copil, după imaginile aranjate de experimentator:

1. Văd pisicuţe. Văd... care a sări ... pisicuţa în apă. Văd aici un balaur.
2. Văd pisicuţe care se joacă. Văd pisicuţe. Văd pisicuţa care se dă cu pisica asta mică. Mai văd două pisici şi una.
3. Văd două pisici care seamănă. Văd pisicuţi cu pisici atât ... (arată cu mâna). Mai văd şi o pisică care o ia pe pisică şi se

urcă pe pisica aste. Mai văd o pisicuță care pune capul acolo. Mai văd o pisicuță care stă așa...

La grupa mijlocie, subiecții manifestă unele preocupări în legătură cu aranjarea logică a imaginilor, iar unii dintre ei reușesc să găsească forma corespunzătoare. Copiii din grupa mijlocie înregistrează progrese însemnate în redarea povestirii, iar citirea imaginilor separate este înlocuită cu o relatare ce are legături logice, o oarecare continuitate între imaginile date. Caracterul logic și calitatea povestirii după imaginile aranjate de experimentator sunt evidente.

În continuare, prezentăm povestirea realizată de copilul Valentin P. Mai întâi, povestirea după imaginile aranjate de copil.

1. Trei pisici au văzut un pește care a scos capul din apă. Toate trei pisicile au căzut în apă și au ieșit din apă și pe urmă toate se uitau una la alta.
2. Toate trei pisici au văzut o broască în față și au vrut să se bage în burlan. Și s-au murdărit de cenușe și erau negre de tot. Toate trei pisicile se uitau la broască.
3. Toate trei pisicile vor să se bage în cutie și pisicuța nu s-a băgat. Pe urmă două pisicuțe și-au băgat capul acolo. Aici pisicuțele alea se uitau la șoricel și aici fugea și pisicuțele voiau să fugă după șoricel să-l mănânce.

Povestirea după imaginile aranjate de experimentator:

1. Toate trei pisicuțele se uitau la un peștișor și pe urmă au căzut în apă. Și pe urmă pisicuțele când s-au scos, curgea apa de pe ele.
2. Pisicuțele toate se uitau la broască. Și pe urmă toate pisicuțele și broasca au vrut să se bage în burlan. Și toate, toate au ieșit negre și a treia era ultima care a ieșit.
3. Pisicuțele se uitau la șoricel care era cenușiu. Și pe urmă șoricelul stătea și se uita la pisicuțe. Și pe urmă aia neagră și cenușie erau ultimele. Și șoricelul s-a băgat într-o cutie și pe urmă două pisicuțe s-au băgat cu capul în cutie și una de-abia își băga capul. Și pe urmă pisicuțele din cutia aia au ieșit toate albe.

Ca și în cazul copiilor din grupa mică, la preșcolarii mijlocii timpul de aranjare este mai scurt ca cel al povestirilor, iar timpul povestirilor, din cadrul variantei întâi, este mai îndelungat ca în varianta a doua, datorită faptului că, în varianta a doua, imaginile,

fiind aranjate de experimentator în succesiunea logică, facilitează citirea lor şi închegarea povestirii de către copii.

Progresele realizate de copiii din grupa mare sunt superioare atât în ceea ce priveşte redarea povestirii, cât şi în aranjarea logică a imaginilor. Aceasta evidenţiază saltul calitativ şi cantitativ în dezvoltarea psihică.

Prezentăm şi povestirea realizată de fetiţa Octavia L. F. din grupa mare, după imaginile aranjate de ea:

1.Cei trei pisici. A fost odată trei pisoi care s-au dus la lac. Şi pisoii aceia au văzut un peşte şi s-au repezit să-l ia şi peştele a plecat. Pisoii au sărit în apă şi a sărit apa în sus şi au ieşit uzi leoarcă. Se uită unu la altul şi unul stă cu laba la gură.

2.Povestirea se numeşte cei trei pisoi. A fost odată niciodată trei pisoi care au plecat la plimbare. Un pisoi a văzut o broască. Broasca s-a uitat înapoi şi a văzut pisoii şi a fugit tare. Şi un pisoi stătea pe buturugă şi broasca l-a lovit la labă şi a miorlăit tare şi iar a întâlnit broasca şi un pisoi a întins laba. Şi m-am suit pe şa şi v-am spus povestea aşa.

3.A fost odată ca niciodată, că de n-ar fi nu s-ar povesti trei pisoi şi pisoii au zărit un şoarece. Pisoii au fugit după şoarece să-l prindă. Şoarecele a fugit tare şi s-a băgat în cazan. Pisoii după el şi pisoii s-au scos de acolo şi o pisicuţă s-a uitat după şoarece şi nu l-a zărit. Pe urmă cei trei pisoi au plecat şi şoarecele lor a fugit şi a făcut ochii mari. Şi m-am suit pe o şa şi v-am spus povestea aşa.

După imaginile aranjate de experimentator:

1. Povestea mea se numeşte cei trei pisoi. A fost ca niciodată trei pisoi şi s-au dus la un lac şi au zărit un peşte şi au sărit toţi după el. Şi s-au scos apoi din apă şi curgea apa de pe ei. Şi m-am suit pe o şa şi v-am spus povestea aşa.
2. Povestea mea se numeşte cei trei pisoi. A fost odată ca niciodată trei pisoi care au plecat la plimbare. Şi au zărit o broască şi au început să alerge broasca. Şi unul era negru. Şi broasca când a trecut pe lângă el l-a lovit. Apoi a fugit mai departe şi s-au aşezat câte unul şi au plecat acasă.
3. Povestea mea se numeşte cei trei pisoi. O fost odată ca niciodată că de n-ar fi nu s-ar povesti, trei pisoi care au plecat la plimbare şi au zărit un şoricel şi au început să fugă după el. Şi şoricelul s-a băgat în cazan. Şi s-au băgat

după el. Şi s-au scos şi nu l-au mai zărit şi au plecat. Şi m-am suit pe o şa şi v-am spus povestea aşa.

Copiii de vârstă preşcolară mare confirmă linia progresului, atât în ceea ce priveşte preocuparea pentru aranjarea imaginilor în ordine logică, cât şi pentru a crea cadrul povestirii în algoritmul tipic de poveste (A fost odată...). Posibilităţile de redare, într-o formă avansată, a povestirii sunt mult îmbogăţite, contextul epic al povestirii începe să aibă cursivitate. Preocuparea pentru a găsi motivaţii episoadelor descrise creşte.

Comparând relatările preşcolarilor mari cu relatările copiilor de vârstă preşcolară mică, din punctul de vedere al structurii logice, constatăm, în primul rând, că propoziţiile enunţate de ultimii se limitează, aproape exclusiv, la denumirea elementelor din povestire. Reflectând o înţelegere incompletă a tuturor elementelor dinamice, copilul preşcolar mic sesizează în mică măsură caracterul dinamic al legăturii logice dintre imagini. Faptul este cu atât mai evident cu cât comparăm rezultatele celor două variante experimentale.

În cadrul povestirii, după imaginile aranjate de copil, lipseşte, de regulă, legătura dintre momentele ilustrate şi legătura cauzală dintre acţiunile unei imagini şi cele din imaginea precedentă. În varianta a doua, povestirea după imaginile aranjate de experimentator, apar unele legături cauzale, dar, tot într-o formă incompletă, reflectând gradul relativ scăzut al înţelegerii copilului la această vârstă.

Un progres evident se realizează începând cu cei de vârstă preşcolară mijlocie, când naraţiunea devine mai complexă şi mai nuanţată. Copiii dovedesc înţelegerea mecanismului cauzal care stă la baza naraţiunii şi desprind firul logic al povestirii. Totuşi, gradul desprinderii de imagini este încă destul de redus, caracterul enunţiativ al propoziţiilor formulate de ei fiind evident. Este vorba, de fapt, de o descriere a conţinutului imaginilor, descriere în care apar unele elemente de acţiune, de naraţiune.

La vârsta preşcolară mare, copiii dispun nu numai de o capacitate sporită de a integra imaginile prezentate într-o povestire concretă, dar manifestă şi un simţ al compoziţiei narative.

În varianta după imaginile aranjate de copil, firul povestirii este reconstituit, în majoritatea cazurilor, ca şi atunci când imaginile sunt aranjate de experimentator. Aceasta denotă capacitatea copiilor mari de a sesiza unitatea dintre elementele ce le-au fost prezentate disparat.

Copilul preşcolar mare încearcă să emită şi unele judecăţi de valoare în legătură cu acţiunile pe care le efectuează personajele din povestire, schiţând şi o caracterologie în imagini. Aceasta înseamnă că perceperea imaginii se încarcă de semnificaţii, capătă conţinut de viaţă, fapt care permite să se organizeze o logică a acţiunii. Această vârstă pune în evidenţă faptul că percepţia se subordonează actului de gândire pe care tot ea îl stimulează. În dinamica acestui proces, vorbirea are un rol esenţial. Prin urmare, se impune o concluzie ce merită toată atenţia în procesul de educare a copilului preşcolar mare: este posibil ca intersectarea aleatorie a semnificaţiilor cu care se încarcă fiecare imagine din povestire să pună în evidenţă modul de constituire a fluenţelor verbale la aceste vârste. Or, acestea apar în context sub două aspecte: unul ca multilaterală completare a reprezentărilor, prin încărcarea lor cu semnificaţii ce permit să se organizeze o legătură fluentă între toate datele mai importante ale fiecărei imagini, în funcţie de suita imaginilor, iar al doilea, ca o creştere a complexităţii sistemului de redare, adică a sistemului de simboluri verbale cu care se operează pentru redarea spaţio-temporală a celor exprimate în suita de imagini.Date fiind toate acestea, ni s-a părut important să facem o analiză mai detaliată a caracteristicilor simbolisticii verbale, prin analiza structurii gramaticale a vorbirii copiilor cuprinşi în cercetarea de faţă. În această ordine de idei, primul fenomen ce ne atrage atenţia constă în faptul că apare o creştere sensibilă a numărului de cuvinte, odată cu creşterea vârstei (tabelul nr. 4).

Tabelul nr.4.

Grupa	Nr. copiilor	Nr. cuvintelor folosite de copii în povestirea după imaginile aranjate de ei			Nr. cuvintelor folosite de copii în povestirea după imaginile aranjate de experimentator			Total
		În povestirea după 3 imagini	În povestirea după 4 imagini	În povestirea după 5 imagini	În povestirea după 3 imagini	În povestirea după 4 imagini	În povestirea după 5 imagini	
Mică	17	261	381	539	301	465	586	2 533
Mijlocie	17	459	627	798	505	672	799	3 860
Mare	17	616	728	811	654	785	865	4 459

Aspectele relevate în tabelul de mai sus, cât şi cele arătate până acum, pun în evidență câteva caracteristici mai importante:

1. În varianta întâi, cât şi în a doua, se observă o creştere a numărului de cuvinte, în funcție de creşterea numărului imaginilor (prin trecerea de la trei, la patru şi apoi la cinci imagini), cât şi în funcție de creşterea, în vârstă, a copiilor, la toate cele trei grupe.
2. Făcând o comparaţie între povestirile după imaginile aranjate de copil (prima variantă) şi povestirile după imaginile aranjate de experimentator (varianta a doua), se observă o creştere nu numai a numărului de cuvinte, dar şi a calității povestirilor din varianta a doua a experimentului nostru.
3. Timpul de povestire nu este direct proporțional cu creşterea numărului de cuvinte, în varianta a doua, timpul fiind mai mic ca la prima.

Această situație se explică prin faptul că povestirea copiilor mici este redusă, în cele mai multe cazuri, la numirea elementelor care apar în imagine, în timp ce preşcolarii mari reuşesc să includă fiecare element într-o acțiune, să-i dea cursivitate şi semnificaţie, să aducă situații şi fapte noi, menite să întregească naraţiunea. În felul acesta, părțile de cuvânt se diversifică, iar formele lor gramaticale se îmbogățesc. Se remarcă, deci, o creştere a calității şi cantității povestirilor, în varianta experimentului, în care autorul aranjează imaginile în ordine logică, fapt ce are implicații psihopedagogice în procesul de educație a preşcolarilor. În varianta a doua, se măreşte eficiența dezvoltării limbajului şi se asigură un mod corect de pregătire a preşcolarului, prin stimularea procesului cognitiv. Toate acestea relevă progresele mari în vorbirea copiilor preşcolari, odată cu creşterea vârstei, ca urmare a achizițiilor efectuate prin activitatea spontană ocupațională, dar, mai ales, prin progresele survenite în structurarea vorbirii ca lectură după imagini, în cazul în care imaginile înseşi permit acest fapt. După cum se ştie, literatura pentru copii începe cu lectura după imagini.

Concluzia acestei cercetări prezintă interes pentru planul culturalizării şi familiarizării copiilor cu ceea ce este ilustrat şi serveşte percepției, subordonate diferitelor feluri şi tipuri de „lectură" proprii copilăriei timpurii nealfabetizate. Trebuie subliniat că lectura

după imagini este complementară şi premergătoare învăţării cititului. Ea facilitează, în bună măsură, învăţarea cititului, iar indirect, dezvoltarea comunicării verbale şi a scrisului, ceea ce contribuie la însuşirea mai rapidă a acestui proces, fapt ce ne îndreptăţeşte să accentuăm importanţa ei majoră pentru alfabetizarea şi pregătirea copilului pentru şcoală.

6. *Citit-scris şi intelect*

Dintre toate formele limbajului, scrisul presupune cea mai riguroasă organizare mentală şi reglare conştientă a actelor motrico-kinestezico-vizual-auditive, implicând efortul voluntar în raport cu gradul de formare a stereotipurilor dinamice şi cu conţinutul ideativ ce se cere transpus în scris. Dificultăţile majore ale scrisului nu ţin atât de executarea fizică a grafemelor, căci acestea se depăşesc, în linii generale, după câteva luni de exerciţii intense, ci de formularea conceptuală şi structurarea mentală a materialului. Pe de altă parte, o serie de dificultăţi se datorează şi faptului că limbajul scris este impersonal, mijlocit, iar caracterul relativ abstract produce dificultăţi ale transpoziţiei grafice. Dacă avem în vedere că tulburările scrisului influenţează nemijlocit mecanismele ideaţiei, iar dereglările din planul mintal se reflectă nu numai în conţinutul celor scrise, dar şi în executarea grafică a simbolisticii respective, înţelegem corelaţia dialectică dintre evoluţia intelectului şi cea a scrisului. Dar şi dificultăţile de citit şi de înţelegere, de decodificare a grafemelor, a cuvântului scris şi de încadrare într-un sistem ideativ, care să faciliteze coerenţa la nivelul gândirii provoacă greutăţi ale transpoziţiei ideative în plan grafic (figura nr.10).

În cadrul elaborării, organizării şi planificării mintale subiectul care se manifestă în scris trebuie să aibă în vedere că cititorul este necunoscut sau că acceptarea materialului este diferită de la un cititor la altul şi, ca atare, forţa comunicativă a textului depinde atât de construcţia logică a propoziţiilor, a frazelor, cât şi de corectitudinea gramaticală, ortografică şi stilistică. De aici, conştiinţa că, în scris, sunt implicate şi alte componente, pe lângă cele intelectuale, cum sunt: cele afective, voliţionale, motivaţionale, temperamentale, estetice, perceptive etc. Ca atare, scrisul nu se reduce la o simplă

transpunere grafică a vorbirii, ci este un act complex, deosebit de intelectualizat şi se elaborează mai anevoios, dar în care construcţiile lexicale şi gramaticale ale limbii sunt mai bine reprezentate. Particularităţile memoriei pentru înregistrările mnezice au o importanţă deosebită pentru fixarea cadrului lingvistic al contextului.

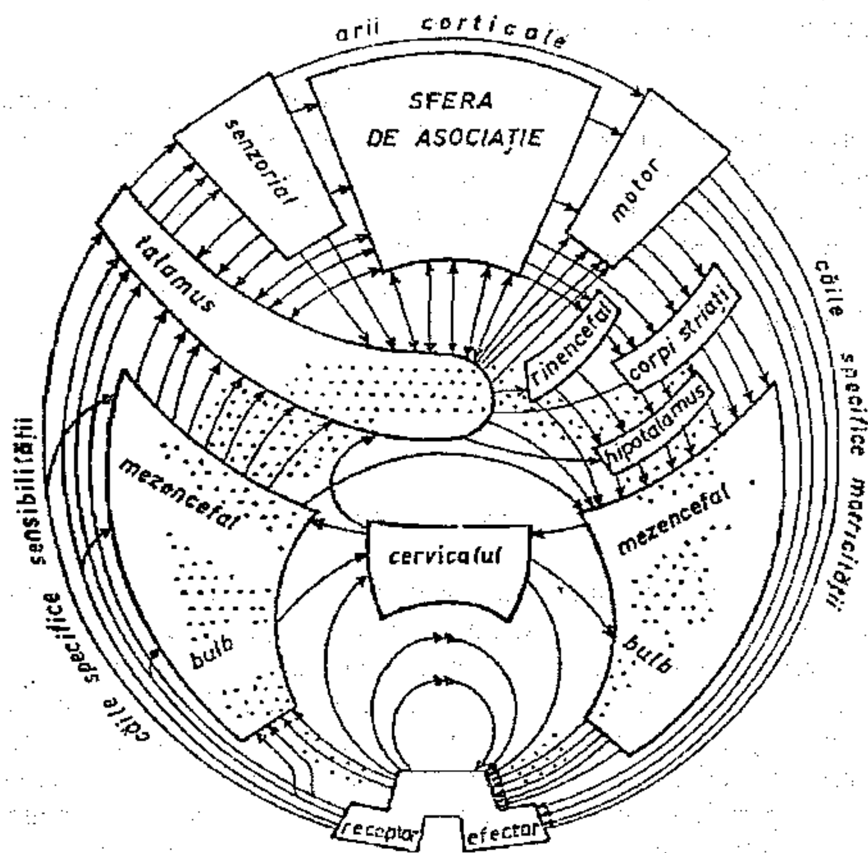


Fig. 10. Schema generală a distribuţiei mesajelor în sistemul nervos cu circulaţia continuă a sectorului aferent în sectorul eferent, traversând structurile asociative (după J. Paillard)

Deşi dependentă de dezvoltarea vorbirii, scrierea presupune o concentrare maximă a ideilor, prin adoptarea unor principii riguroase ale economiei şi a capacităţii individului de a se face înţeles. Prin acestea nu se simplifică conţinutul comunicării ci, dimpotrivă,

complexitatea ei este dată de sensuri şi semnificaţii implicite, ca urmare a creşterii valorii contextului şi a cuvintelor, care sunt alese cu o grijă mai mare faţă de vorbirea orală. Pe măsura perfecţionării scrierii, se produce desprinderea de unităţile silabice şi se ajunge la sisteme semantice, ceea ce denotă o mai bună organizare a limbii. Referindu-se la progresul în limbă, L. Wald (1969) notează conţinutul convenţional, reorganizarea unităţilor reprezentate prin simplificarea semnelor şi stabilirea echivalenţei cu unităţile fonetice.

Studiile efectuate de Perron, Gobineau, Oleron, pe formarea deprinderilor şi învăţarea scris-cititului, ca şi cele care vizează implicaţiile psihopatologice sau semnificaţiile defectologice ale scrisului reliefează, pe de o parte, legătura dintre manifestările grafice şi evoluţia intelectului, iar pe de altă parte, relaţia dintre caracteristicile scrisului şi particularităţile de personalitate ale individului.

7. *Scris şi motricitate*

Dacă relaţia dintre evoluţia vorbirii şi a motricităţii este mai uşor de observat şi poate fi surprinsă şi de părinţi, mai cu seamă când ne referim la copil, în jurul vârstei de un an, dar şi ulterior, dacă perioada de constituire a vorbirii, de exprimare şi de formare de propoziţii şi fraze, este, de asemenea, spontană şi observabilă, în ceea ce priveşte scrisul şi motricitatea, raporturile sunt mai complexe, iar nivelul operativ devine condiţie necesară şi mijlocitoare în formarea mecanismelor implicate în scris, fapt la care ne-am mai referit în paginile anterioare.

Dezvoltarea motorie generală determină organizarea activităţii de coordonare şi susţinere a mişcărilor specifice în executarea semnelor grafice şi, în raport de aceasta, o mai fină diferenţiere între semnele trasate. Organizarea şi dezvoltarea temporo-spaţială devine o condiţie a perfecţionării şi discriminării în senzaţiile vizuale, auditive, cinetice şi tactile, ce stau la baza formării abilităţilor de scris-citit. Acestea sunt în funcţie de antrenamentul şi experienţa copilului, ceea ce o face pe Florica Bagdazar să precizeze că „o bună exersare a

scrisului este asigurată de precizia succesiunii mişcărilor în spaţiul grafic şi de secvenţa lor precisă în timp. Direcţia, durata, intensitatea mişcărilor, dirijate de impulsurile nervoase corticale, prin exerciţii multiple şi variate, se integrează, cu timpul, la nivel spinal, automatizându-se, cortexul rezervându-şi rolul de control şi corectare " (1967, pag. 32). În aceeaşi ordine de idei, autoarea amintită subliniază că, datorită dificultăţilor ce se manifestă în discriminarea componentelor cuvântului, este necesar să se acorde o atenţie aparte simplificărilor şi raţionalizărilor în predarea şi însuşirea scrisului (1964).

Cu cât progresul în dezvoltarea motricităţii şi a psihomotricităţii este mai mare, cu atât se formează mai rapid abilităţi ale scrisului. Un rol deosebit de important îl are dezvoltarea mişcărilor fine ale degetelor şi chiar ale mâinilor deoarece, în felul acesta, sunt antrenate grupe întregi de muşchi şi ligamente care fac posibilă realizarea sincronă şi economicoasă a mişcărilor. În fapt, dezvoltarea psihomotricităţii este legată de evoluţia sistemului nervos şi reflectă maturizarea psihică generală care este implicată în întregul sistem al limbajului şi, în special, în scris. Unii autori au găsit o corelaţie semnificativă între dezvoltarea psihomotorie şi capacitatea de reprezentare grafică a figurilor geometrice sau a desenării de obiecte. J. Piaget şi B. Inhelder stabilesc patru stadii ce pot constitui ghid pentru etapele de prealfabetizare şi marcarea perioadei favorabile începerii şcolarizării: a) stadiul zero, ce se încadrează între 2 ani şi 6 luni şi 2 ani şi 11 luni, în care principala caracteristică este mâzgălitura, iar modelul exterior nu exercită influenţă asupra activităţii respective; b) stadiul I, ce se subdivide în două stadii, primul de la 3 ani şi 6 luni la 3 ani şi 10 luni, dominat de mâzgălituri executate sub influenţa modelului, iar al doilea durează de la 3 ani şi 10 luni până la circa 4 ani, când se poate aprecia activitatea de desenare bazată, deseori, pe reproducerea în detalii a modelului; c) stadiul II începe pe la 4 ani, când se pot realiza diferenţieri tot mai clare a figurilor şi d) stadiul III, care începe odată cu împlinirea vârstei de 6 ani şi 6 luni sau 7 ani şi când copilul poate realiza orice figură.

Deşi la începutul învăţării scrisului, copilul se bazează pe reproducerea modelului după principiul desenării literei sau chiar a cuvântului, totuşi desenul nu se rezumă la o simplă reproducere perceptivă, deoarece intervin acţiuni motorii care o fac posibilă, în formă incipientă, schematizarea grafică şi ordonarea grafemelor în

spațiul liber al paginii. Dezvoltarea psihomotricității și antrenamentul, împreună cu factorii ce țin de intelect, de motivație și de afectivitate, devin condiții indispensabile în realizarea progresului la scris. Se impune aici o precizare: dezvoltarea motricității generale se exprimă, printre altele, și în manifestări comportamentale vioaie, active, tonice, dar nu trebuie confundate cu acele acțiuni executate rapid și neorganizat, caracteristice copiilor cu agitație psihomotorie sau instabilitate motorie. Această categorie de copii manifestă o falsă dezvoltare motorie, ceea ce își pune amprenta pe formarea unui scris mai puțin lizibil, adeseori cu prezența unor fenomene de tip disgrafic.

Copiii care au o bună dezvoltare motorie nu numai că scriu mai rapid și mai frumos, dar nici nu obosesc atât de repede; sunt stimulați de succesul pe care îl au și astfel ei manifestă o atitudine pozitivă față de activitate. Coordonările cinetice, ca și cele oculo-motorii, se înscriu în categoria factorilor fundamentali ce concură la dezvoltarea actului grafic, iar deficiența lor devine cauză, de cele mai multe ori, a tulburărilor de scris-citit.

R. Perron și F. Coumes (1980, pag. 66), referindu-se la vârsta cuprinsă între 6-11 ani, descriu trei etape principale în dezvoltarea grafismului, luând ca indicator de bază starea motricității: prima etapă cuprinde copii de 6-7 ani, în care predomină dificultăți motorii, ceea ce influențează calitatea grafismului și pe care autorii citați o numesc fază "precaligrafică"; a doua etapă se caracterizează prin aceea că acum copilul elimină unele din dificultățile motorii, instalându-se un relativ echilibru grafic, ajungând la o fază „caligrafică"; în a treia etapă, după vârsta de 10 ani, echilibrul este din nou pus la încercare, fapt pentru care se poate numi fază „postcaligrafică".[1] Pe temeiul acestor considerente, J. De Ajuriaguerra și M. Auzias (1980, pag.113) sunt de părere că învățarea și maturizarea devin factori determinanți ai însușirii deprinderilor de scris. Învățarea este în funcție și se realizează prin metodele de predare și de antrenament. Aici, se impune o remarcă ce merită atenția cuvenită în cadrul metodologiei de predare-învățare

[1] Am preferat să ne referim la prezentarea, în rezumat, a etapelor respective de la pagina 113, din lucrarea citată, pentru că ni se pare mai realistă, mai ales a vârstelor ce se încadrează în aceste etape, decât descrierea acestora de la pag. 21-26, din aceeași lucrare. În fapt, sunt contradicții între ceea ce afirmă autorii când, descriu etapele din prima parte și prezentarea rezumativă a acestora în partea a doua.

în ciclul primar. Pe de o parte, nu există o metodă sau metode unitare de predare în şcoală a scris-cititului, iar pe de altă parte, nici sistemul de cerinţe şi exigenţele faţă de elevi nu sunt uniforme în toate şcolile. Acestea dau un anumit grad de libertate în manifestarea grafică a copilului. Din acest punct de vedere, R. Zazzo şi M.C.Hurting semnalau faptul că şi la copiii începători în învăţarea scrisului (de 7-8 ani) se manifestă un grafism înclinat spre dreapta sau spre stânga, iar în alte situaţii, grafismul este nedefinit, sub raportul înclinării, alternând când într-o direcţie când în alta. Şi în ţara noastră, accentul se pune pe aspectul exterior al caietelor, al corectitudinii al lizibilităţii scrisului şi nu în mod constant pe adaptarea unei anumite forme de scris.

8. Citire şi înţelegere

Aşa cum am văzut, scrisul şi cititul sunt strâns legare între ele atât pe linia învăţării, cât şi pe aceea a înţelegerii. Totuşi, se pot crea decalaje între aceste acte, chiar atunci când sunt învăţate concomitent, dar însuşirea unei forme influenţează pozitiv achiziţionarea celeilalte. De obicei, cititul precede scrisul, iar deprinderile de citire se formează mai rapid decât cele de scriere şi sunt mai strâns legate de exerciţiu. Datorită formei de manifestare, comparativ cu scrierea, citirea a fost denumită formă de „limbaj pasiv". În realitate, ea nu este deloc pasivă, chiar dacă ne referim la aspectul înţelegerii, în care decodificarea celor percepute devine condiţie esenţială şi necesară pentru formarea abilităţilor. Dacă la începutul însuşirii cititului, copilul percepe unităţile din care este alcătuit cuvântul în mod separat şi depune eforturi evidente pentru sinteza lor, cu timpul, perceperea cuvântului devine globală, iar ulterior, perceperea globală se generalizează şi în cazul unităţilor sintagmatice. Stadiului de percepere globală îi urmează cel de analiză, pentru a putea realiza decodificarea şi înţelegerea. Perceperea globală, sincretică a lecturii este legată de automatizarea citirii şi se manifestă prin creşterea rapidităţii cu centrarea atenţiei pe ideile principale şi pe cuprinderea ansamblului contextului în care acestea se desfăşoară.

O serie de psihologi şi pedagogi şi-au axat preocuparea pe studiul reconstituirii literelor în raport de locul pe care îl ocupă în cuvânt. Astfel, Miller şi Friedman au ajuns la concluzia că reconstituirea ultimelor litere se realizează mai uşor decât cele care ocupă o poziţie de început, deoarece acestea din urmă sunt purtătoare, după cum afirmă Carson, a unei cantităţi de informaţie mai mare, iar Bruner şi O'Dowd au demonstrat că tulburarea citirii are o arie de extindere mai mare, dacă se produc omisiuni ale literelor care ocupă poziţia iniţială. Înţelegerea unui text lecturat depinde nu numai de capacităţile intelectuale ale subiectului şi de viteza citirii acestuia, dar şi de gradul de dificultate a textului şi de conţinutul mai apropiat sau mai îndepărtat de enunţurile verbale ale cititorului. Efortul de decodificare este mai mare, când textul este încărcat de semnificaţii şi sensuri multiple. În cadrul sporirii vitezei citirii, un loc important îl au nu numai acomodările optico-motorii, dar şi reprezentările vizuale. Dacă la normal, în citire, reprezentările auditive sunt complementare reprezentărilor auditive, la surdomuţi, vizualizarea se asociază cu gestul care exprimă cuvântul, iar la nevăzători, reprezentările auditive se corelează cu tactul şi chinestezia, pentru decodificarea textului şi verbalizarea acestuia. În lumea contemporană s-au manifestat preocupări insistente pentru elaborarea unor tehnici menite să contribuie la sporirea rapidităţii cititului, odată cu creşterea gradului de înţelegere.

9. *Citit-scrisul în Braille*

Sunt cunoscute, în literatura de specialitate, o serie de încercări care urmăreau să asigure instruirea nevăzătorilor, în general, şi găsirea unor metode ce permit accesul la citire şi comunicarea prin scris, în special. Astfel, Erasmus din Rotterdam întrevede, printre primii, posibilitatea şi necesitatea organizării unui sistem coerent de instrucţie pentru deficienţii vizual. Către sfârşitul secolului al XVII-lea, Valentin Haüy pune bazele primei „şcoli pentru orbi" şi adoptă, pentru instruirea elevilor, o scriere în relief care era descifrată prin pipăirea cu degetul. Metoda nu este prea eficientă, fapt care îi determină pe pedagogii germani, Zeune şi Klein, să aducă sistemului unele

îmbunătăţiri. Ei înlocuiesc caracterele de tipar, formate din linii continue, cu caractere formate din puncte şi linii întrerupte, ceea ce denotă o mai mare adaptare la particularităţile analizatorului tactil (E. Verza, G. Anastasiu, 1973, pag. 126).

Introducerea sistemului modern şi revoluţionarea instruirii nevăzătorilor se datorează lui Louis Braille care realizează un sistem unitar de scriere şi citire, adaptat perfect la structura anatomo-fiziologică a analizatorului tactil. L. Braille s-a inspirat din scrierea „nocturnă" a căpitanului de artilerie Nicolas-Marie-Charles Barbier de la Serre, care a folosit, pentru prima dată, punctul în relief menit să fie pipăit cu policele degetelor. L.Braille reuşeşte să realizeze un alfabet format din 76 semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din 1 până la 6 puncte. Cele 6 puncte, care formează grupa fundamentală, sunt aranjate pe două coloane paralele, fiecare fiind alcătuită din 3 puncte care se numerotează astfel: începând din stânga sus – 1,2,3 şi din dreapta sus – 4,5,6. Punctele au o înălţime de 1 mm. şi o distanţă, din centrul fiecăruia, egală cu 2,5 mm. Aceste caracteristici ale înălţimii şi distanţei corespund pragului maximal al sensibilităţii tactile a corpusculilor senzitivi. Primele zece litere ale alfabetului se bazează pe folosirea punctelor 1,2,4 şi 5, din grupa fundamentală, mai exact a celor 4 puncte din partea de sus a acesteia. Decada a doua este formată prin adăugarea punctului 3 – stânga jos, la fiecare semn din prima decadă. Pentru decada a treia se adaugă punctul 6 – dreapta jos, la fiecare semn din decada a doua(Sistemul I).

În marcarea majusculelor se utilizează un semn particular, format din punctele 4 şi 6, care preced litera respectivă, iar pentru scrierea cifrelor de la 1 la 10, se folosesc semnele primei decade, astfel încât fiecare semn să fie precedat de un semn particular, format din punctele 3,4,5şi 6 şi care poartă denumirea de „semn de cifră".

În etapa finală, L. Braille a pornit de la cele 64 de combinaţii posibile, prin schimbarea poziţiei celor 6 puncte ale grupei fundamentale şi a ajuns la alcătuirea unui alfabet punctiform, în relief, cu 64 de semne. Acest alfabet oferă aceleaşi posibilităţi de exprimare grafică cu cel alb-negru. Alfabetul Braille în limba română a preluat neschimbate primele trei decade ale alfabetului Braille francez, iar în cea de-a patra decadă, au fost introduse unele semne particulare, specifice limbii române: ă, ş, ţ, î, â (vezi Braille, sistemul al doilea).

DECADA I	DECADA II
a	k
b	l
c	m
d	n
e	o
f	p
g	q
h	r
i	s
j	t

Fig. 11. Alfabetul Braille

DECADA III	DECADA IV
u	â (în română ă)
v	ê
x	i
y	ô
z	û
Ç(ş)	ë
é	ï
à	ü
è	sc,oe (în rom. ţ)
ù	w

Fig. 11. Alfabetul Braille

SEMNE DE PUNCTUAȚIE

,	”
;	Apostrof, abreviație, dialog
:	–
	i
?	§
!	æ
()	Semn de număr
„	Majusculă
*	Puncte de suspensie

Fig. 11. Alfabetul Braille

CIFRELE ŞI SEMNELE MATEMATICE

1(a)	+
2(b)	–
3(c)	X
4(d)	:
5(e)	::
6(f)	/
7(g)	=
8(h)	>
9(i)	<
0(j)	√‾

Fig. 11. Alfabetul Braille

Putând fi folosit şi pentru notarea semnelor matematice, muzicale, a formulelor fizico-chimice etc, sistemul de scriere punctiformă, în relief, constituie un mijloc optim de exprimare şi

comunicare a conținutului gândirii, iar pentru caracterul său sintetic, citirea şi scrierea punctiformă are, în principiu, aceleaşi caracteristici ca şi sistemul normal – alb-negru.

Spre deosebire de scrisul alb-negru, în scrisul Braille litera scrisă nu este similară cu litera citită, deoarece aceasta este, de fapt, opusul imaginii literei scrise. Pentru scrierea în Braille se foloseşte o plăcuță cu căsuțe care îl ajută pe nevăzător să înțepe uniform hârtia cu punctatorul, iar litera apare pe partea opusă a hârtiei înțepate. Scrierea în Braille se realizează de la dreapta la stânga, astfel încât semnul punctat, ce formează litera, să poată fi citit de la stânga la dreapta, ca în scrierea normală.

În Braille, scrierea se realizează pe verticalitate, în timp ce la scrierea normală, cursul este esențial orizontal. Punctele izolate, care alcătuiesc grafemul, nu dau scrisului un caracter de unitate şi din cauza faptului că, în realizarea cuvântului, punctatorul se ridică de mai multe ori pentru a trece dintr-o căsuță în alta a plăcii de scris, accentuându-se particularitățile de discontinuitate ale scrisului în Braille. Mişcările discontinue ale mâinii presupun un efort dublu pentru realizarea grafemului, la care se adaugă şi forța de apăsare pe punctator.

În realizarea scrierii, rolul principal îl are mâna care ține punctatorul (de obicei mâna dreaptă), iar mâna stângă se coordonează cu7 mişcările mâinii drepte care identifică, la întoarcere, rândul ce urmează; în citire, analizatorul tactil şi cel kinestezic îşi exercită funcțiile prin mâna dreaptă, care realizează perceperea literelor, iar mâna stângă o urmează, îndeplinind rol de control. Pentru sporirea vitezei de scriere şi citire în Braille (care este mai redusă decât în alb-negru), exercițiul şi capacitatea intelectuală dețin un rol însemnat. Din punctul de vedere al posibilităților de adaptare a nevăzătorului la o asemenea activitate, o serie de autori subliniază condiţiile favorabile datorate percepției tactile (D.Damaschin, 1973) sau ale recepției complexe tactil-chinestezice, manifestată prin sesizarea facilă a structurii grafice, a punctelor în relief, a dimensiunii grafemelor, a poziției lor ocupată în grupul fundamental etc. (Şt. Pop, R. Dăscălescu, G. Anastasiu, D.Gorea). Sporirea calității informaţiei pe calea tactil-chinestezică este înlesnită şi de faptul că nevăzătorul execută, pe lângă mişcarea lineară de urmărire a literelor, şi o mişcare cu caracter perpendicular, menită să surprindă numărul de puncte şi forma lor. În planul gândirii, drumul este de la analiză la sinteză, pentru că la început sunt percepute elementele separate, cu scopul de a

fi discriminate, ca apoi să fie unificate în vederea realizării întregului, şi a citirii unităţilor mai mari.

Atât pentru scris-cititul normal, cât şi pentru cel în Braille, claritatea şi precizia gândirii, calităţile acesteia contribuie la formarea deprinderilor, dar mai cu seamă, la corectitudinea lor, iar scris-cititul, o dată elaborat, contribuie la organizarea gândirii şi facilitează dezvoltarea operaţiilor mentale.

Capitolul VI

TULBURĂRILE DE PRONUNȚIE DE TIP DISLALIC

1. Specificul tulburărilor dislalice pe fondul intelectului normal

Însușirea și dezvoltarea limbajului sunt activități care presupun un efort îndelungat din partea individului, în decursul dezvoltării ontogenetice. Activitățile respective se realizează spontan, în relațiile cu cei din jur, dat fiind tendința copilului de a verbaliza acțiunile desfășurate (mai cu seamă cele de joc), dar și organizat, prin determinarea copilului să participe la activități cu un anumit scop educativ (ascultarea și reproducerea de povestiri, citirea imaginilor, instrucția în grădiniță și școală). Desigur, modul în care copilul se realizează pe linia achizițiilor în planul vorbirii și al dezvoltării psihice, în general, este în funcție de o serie de factori care își aduc contribuția, în egală măsură, la acest proces formativ. Printre acești factori, merită atenție deosebită următorii: mediul de viață și activitate al copilului, preocuparea adulților pentru stimularea vorbirii sale, eficiența procesului instructiv-educativ, capacitățile intelectuale ale copilului, afectivitatea, motivația pentru activitate și personalitatea acestuia.

Dacă la început, vorbirea copilului se formează și se dezvoltă pe baza unor activități nesistematice, de satisfacere a unor necesități imediate, încă din perioada preșcolară copilul este solicitat să desfășoare o serie de acțiuni tot mai organizate, care se cer înțelese și exprimate. La început, copilul învață pronunțarea sunetelor prin

imitaţie şi prin joc; apoi realizează cuvinte, propoziţii şi fraze. Uimitor este că la formarea propoziţiilor se respectă, în bună măsură, regulile gramaticale, pe baza aşa-numitului „simţ al limbii". (Se observă că simţul limbii este diferit de la un copil la altul şi influenţează, în general, evoluţia şi învăţarea limbajului).

Diferenţele marcate de structura psiho-fizică a copilului, influenţele educative, existenţa unor modele deficitare pe care le imită, ca şi acţiunea unor factori nocivi (pe care nu-i analizăm aici) pot duce la tulburări de vorbire, care se prelungesc şi după perioada antepreşcolară, iar în alte situaţii, asemenea dificultăţi ale limbajului pot apărea la vârstele următoare şi, adeseori cu un debut violent. În acest capitol, nu ne referim decât la categoria tulburărilor de pronunţie, al căror specific vom încerca să-l surprindem în cazul handicapaţilor de intelect, senzoriali şi la subiecţii normali, din punct de vedere intelectual. Aceste sublinieri sunt necesare, deoarece la handicapaţii senzoriali şi de intelect tulburările de limbaj nu au fost studiate sistematic, deşi la aceştia, frecvenţa acestora este mai mare decât la normali. Cunoscând particularităţile tulburărilor de limbaj, la aceste categorii se pot diferenţia metodele şi procedeele adecvate pentru corectarea lor şi pentru educarea personalităţii. Considerăm că se impune în acest context analiza tulburărilor de pronunţie respectând principiul de la simplu la complex, astfel încât după ce vom descrie fenomenul dislalic, abordăm rinolalia şi disartria.

La copii, apar, relativ frecvent, ***tulburări de pronunţie (articulaţie), constând în deformarea, substituirea, omiterea şi inversarea anumitor sunete în vorbirea spontană şi în cea reprodusă.*** Aceste manifestări sunt cuprinse sub denumirea de ***dislalie*** şi când ea se manifestă sub o formă uşoară, îmbracă forma de *dislalie simplă sau monomorfă,* şi avem de-a face cu tulburări care se manifestă numai la nivelul unor sunete izolate sau la familia unor sunete (siflante şi şuierătoare) şi, de obicei, la acele sunete care se pronunţă mai târziu în ontogeneză, presupunând o coordonare fină a aparatului fonoarticulator în timpul emisiei, iar atunci când tulburările se extind asupra mai multor sunete sau asupra majorităţii sunetelor, ea poartă denumirea de ***dislalie polimorfă;*** când sunt afectate toate sunetele, dislalia este ***generală sau totală.***

Această clasificare a dislaliei este realizată pe baza criteriului simptomatologic şi este cel mai des folosită, considerându-se că este şi cea mai completă. Dar, dislalia se mai poate împărţi după criteriul etiologic, în ***mecanică*** (numită şi disglosie) şi ***funcţională***, după

criteriul timpului de apariție, în ***congenitală*** și ***dobândită,*** după criteriul dominanței dislaliei în raport de alte tulburări, în ***primară*** și ***secundară.*** Aceste forme au caracter general și mai puțin precis, fapt pentru care specialiștii fac trimiteri sporadice la ele.

În ***dislalia polimorfă,*** vorbirea devine mai greu accesibilă pentru interlocutor, iar în exprimarea gândurilor, dislalicul are dificultăți. În cazurile grave, dificultățile dislalicului se extind și asupra înțelegerii vorbirii celor din jurul său, ca rezultat al unui vocabular, în genere, sărac. Specific este pentru dislalic, așadar, existența tulburărilor de articulație sau de sonorizare a unor foneme sau a combinațiilor dintre ele. Când nu intervin și alte deficiențe, integritatea funcțiilor limbajului se păstrează, iar șansele corectării sunt mult mai mari.

Sunetele care necesită o modulare și o sincronizare mai fină din partea componentelor aparatului fonoarticulator sunt cele care nu numai că apar mai târziu în vorbirea copilului, dar sunt și cele mai afectate. Așa este cazul siflantelor, șuierătoarelor, a sunetelor r, c, g, în timp ce vocalele se emit mult mai ușor, dar pot fi și ele afectate, în condițiile unei etiologii organo-cerebrale și funcționale. În dislalia generală sau totală, în rinolalie și disartrie, adeseori fenomenele dislalice se extind și asupra vocalelor. În condițiile date, în proporții diferite, este afectată nu numai latura de expresie a vorbirii ci și cea de recepție și când subiectul are dificultăți în decodificarea rapidă a mesajului verbal.

Rezultă că frecvența dislaliilor este în funcție de vârstă, de sex, de nivelul de dezvoltare psihică, de anturaj, de condițiile de educație, de condițiile economice, de particularitățile de limbă etc. Datele statistice cu privire la extinderea dislaliilor, menționate în literatura de specialitate, sunt și în funcție de factori subiectivi, adică în raport de exigența mai mare sau mai mică a celui care stabilește diagnosticul. Astfel, Sheridan (1946) a depistat, la vârsta de 5 ani, dislalii în proporție de 26%, la fete și de 34 %, la băieți, iar la 8 ani, 15%, la fete și 16 %, la băieți. Într-un sondaj efectuat asupra elevilor din școala generală, noi am depistat 13 % elevi cu tulburări de limbaj (1973, pag, 72), ceea ce constituie un indicator al prevalenței acestora la limba română. Nikașina (1961) este de părere că la copiii din clasa I, a școlilor de masă există 19,3% cazuri cu tulburări de limbaj. În toate cazurile, când sunt vehiculate cifre cu privire la frecvența tulburărilor de limbaj, trebuie făcută precizarea că ponderea cea mai mare o au tulburările de tip dislalic. Unii autori remarcă o frecvență ridicată a

dislaliilor la vârste mici şi descreşterea acestora în raport cu înaintarea în vârstă, fapt legat de maturizarea aparatului fonoarticulator, a sistemelor cerebrale şi a parcurgerii unui program de terapie logopedică.

Sunetele care apar primele în vorbirea copiilor nu sunt frecvent afectate şi chiar când apar asemenea deficienţe, ele se corectează mai uşor. Printre acestea, se numără vocalele, şi în primul rând, a, e, u, şi consoanele b, d, t, m, n etc. Se ştie că vibranta r apare mult mai târziu şi este des afectată. De asemenea, africantele, č, ğ, ţ, siflantele s-z şi şuierătoarele ş-j.

Normalitatea limbajului, împreună cu alţi factori, ca: inteligenţă, vârstă, educaţie (G.A.Miller, 1956) influenţează bogăţia şi varietatea vocabularului. Tulburarea structurii lexicale a vorbirii este dependentă de gravitatea handicapurilor de limbaj, de asocierea şi de întinderea lor.

La handicapaţii de limbaj, sunt unele cuvinte „critice" pe care le percep ca fiind dificile, în legătură cu care se aşteaptă să se întâmpine dificultăţi, astfel încât ele duc la o supraîncordare în planul conduitei verbale.

În ansamblu, tulburările de limbaj determină modificări în viaţa şi activitatea individului. La indivizii de vârstă mai mare, apare obiceiul de a ocoli acele cuvinte la care aceştia ştiu că întâmpină dificultăţi sau adoptă o serie de şiretlicuri, printre altele o pauză în vorbire, creând impresia că se gândesc profund la ceea ce spun.

În formele grave de dislalie, (mai ales când este vorba de tetism şi, în plus, cu manifestări de agramatism) este afectată nu numai reproducerea corectă a sunetelor şi cuvintelor, dar este deficitar şi modul de organizare a cuvintelor în propoziţii şi felul în care sunt folosite acestea, în funcţie de forma gramaticală, ceea ce determină neînţelegerea comunicării verbale de către interlocutor sau apare o înţelegere neconformă cu intenţiile dislalicului.

Din aceste motive, diagnosticul diferenţial, în dislalie, prezintă o importanţă deosebită în adoptarea metodelor şi procedeelor logopedice adecvate. Pe bună dreptate, se afirmă, în unele lucrări (M.Guţu, 1975, pag. 122), că la stabilirea diagnosticului trebuie să se aibă în vedere atât criteriul simptomatologic şi etiologic, cât şi mecanismele psihofiziologice implicate în tulburarea respectivă: eventualele leziuni ale sistemului nervos central, leziuni ale organelor de articulaţie, leziuni ale aparatelor de recepţie etc.

Cauzele care stau la baza dislaliilor au un evantai foarte larg, începând cu imitarea unor modele greşite de pronunţie, existenţa unor modele greşite de educaţie, menţinerea obişnuinţelor negative de pronunţie, lipsa de stimulare a pronunţării corecte şi terminând cu incriminarea unor factori nocivi complecşi: anomalii anatomo-funcţionale ale aparatelor periferice şi ale sistemului nervos central, nesincronizarea în funcţionarea segmentelor aferent-eferente, nedezvoltarea sistemelor cerebrale, insuficienţa dezvoltării psihice etc. Cercetările moderne leagă manifestările dislalice şi tulburările de ritm (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia, tumultus sermonis), ca şi tulburările scris-cititului (disgrafia-dislexia) de stângăcie sau de contrarierea stângăciei. Se ştie că în producerea proceselor psihice între emisferele cerebrale se stabilesc raporturi de subordonare, una apare ca dominantă, iar cealaltă ca subordonată. De altfel, nivelul de lateralizare a unor funcţii este diferit. Se pot delimita – cum s-a văzut – funcţii puternice şi slab lateralizate. Limbajul, percepţia muzicii, reprezentarea eului fizic, operaţiile motorii (locomoţia, manipularea obiectelor) fac parte din prima categorie, iar percepţia vizuală, operaţiile mintale (de analiză şi sinteză, de calcul), actele atenţiei, procesele afective se înscriu în categoria a doua (A.R.Luria, 1962, pag. 75-78). Aşadar, limbajul, ca funcţie puternic lateralizată, se realizează cu predominanţă într-una din cele două emisfere: stângă, la dreptaci şi dreaptă, la stângaci. Datele clinicii de neurochirurgie au confirmat afirmaţiile de mai sus. W. Penfield (1963, pag. 97) a supus intervenţiei un mare număr de pacienţi cu leziuni la nivelul emisferei stângi sau drepte, şi a urmărit efectul lateralizării asupra tulburărilor afazice ale limbajului. A rezultat că din 175 de bolnavi dreptaci, la care s-au efectuat operaţiile în emisfera stângă s-au produs manifestări afazice la 121, în timp ce din 252 de pacienţi, care au suferit operaţii la emisfera dreaptă, la unul singur s-au manifestat tulburări afazice. Luând în considerație situaţia de mai sus cât şi o serie de criterii ontogenetice se poate afirma că pentru constituirea limbajului (oral şi scris) este mai adecvată dominanta emisferei stângi. Rezultă, prin urmare, că lateralitatea dreaptă (prezentă la stângaci) denotă o serie de dificultăţi de ordin funcţional, care pot determina existenţa unor tulburări la nivelul conduitei verbale. Şi o serie de date logopedice concrete atestă această idee, şi anume faptul că la copiii stângaci, întârzierile în apariţia şi dezvoltarea limbajului, ca şi tulburările sale, se întâlnesc într-un procent mai mare, comparativ cu dreptacii de aceeaşi vârstă. Astfel, la 50 de copii stângaci, Beckey a înregistrat

32% cu tulburări de vorbire, H. W. Simens a găsit la 67 de copii stângaci, un procent de 22,5% cu tulburări ale limbajului, în timp ce la un lot de 520 dreptaci nu a înregistrat decât 6,9% handicapuri de limbaj. Aşa cum arată Cl.Launay (1965), această legătură se stabileşte mai pregnant, între stângăcia încrucişată sau ambidextrie şi tulburările scrisului – disgrafia. Cu mult timp înainte, Gutzmann, Orton, Sovak au sesizat legătura dintre manifestarea dislaliei şi stângăcie.

Într-un studiu efectuat de noi, împreună cu M. Golu (1970), am constatat că dintre tulburările limbajului favorizate de stângăcie, dislalia şi în primul rând sigmatismele şi rotacismele au o frecvenţă mai mare, în vreme ce bâlbâiala denotă caracterul tranzitoriu al stângăciei, adică pe măsura consolidării dominanţei emisferei stângi, prin trecerea copilului de la folosirea mâinii stângi la cea dreaptă se deschid perspective de ameliorare şi corectare a bâlbâielii.

Unii autori, printre care M. Seeman (1965, pag. 6), afirmă caracterul ereditar al dislaliilor grave, mai cu seamă pe linie paternă. La asemenea cazuri, tulburările de pronunţie se pot corela cu o serie de insuficienţe motorii, unele dereglări statice şi carenţe ale funcţiei vestibulare. În alte tulburări de vorbire, ca de pildă în alalie, Seeman arată că dereglările vestibulare pot duce la explicarea mecanismului psihofiziologic, şi constituie un indicator important în diagnoza alaliei în ontogeneza timpurie sau chiar mai devreme.

În dislalie, grupa sigmatismelor şi a parasigmatismelor ocupă locul central. În genere, sunetele siflante şi şuierătoare apar mai târziu în vorbirea copilului, iar emisia lor presupune mişcări fine ale aparatului fonoarticulator, o anumită dezvoltare a auzului fonematic (care contribuie la diferenţierea sunetelor de altele), un auz nealterat etc. Din aceste motive, sigmatismele şi parasigmatismele sunt foarte frecvente la copiii de vârstă preşcolară, dar la întâlnim adeseori şi după această perioadă. Datorită frecvenţei siflantelor şi şuierătoarelor, cât şi specificul unor limbi, această grupă de sunete este mai des afectată în alte limbi, comparativ cu limba română. Astfel, în limba germană şi în limba cehă (M. Seeman, 1959), mai cu seamă la vârstele mici, apare o mare incidenţă a cazurilor de sigmatism şi parasigmatism.

Sunetele siflante, şuierătoare şi africate s, ş, z, j, ţ, ce, ci, ge, gi sunt înlocuite adeseori între ele, dar şi cu alte sunete, în special cu t, d. În cadrul sigmatismului, frecvenţa cea mai mare o prezintă omisiunile şi deformările grupei respective. Din deformarea acestor sunete apar, la unii dislalici, sunete care nu există în limba română, dar care se

aseamănă cu unele sunete specifice altor limbi, sau, pur şi simplu, apar emisii vocale nespecifice limbii respective şi nu pot fi recunoscute, producând dificultăţi şi în descifrarea cuvântului de către interlocutor.

Cauzele care determină apariţia sigmatismelor şi parasigmatismelor sunt analizate în literatura de specialitate din unghiuri de vedere diferite, punându-se un accent mai mare pe unele şi fiind controversate altele. Astfel, deficienţele de auz sunt unanim socotite ca determinând incapacitatea discriminării sunetelor şi, ca urmare, a diferenţierii lor în actul articulării. Uneori, deficienţele de auz trec neobservate, deoarece ele se reduc la imposibilitatea recepţiei şi diferenţierii frecvenţelor înalte ale sunetelor (cum este cazul siflantelor). Cu cât anomalia auzului este mai accentuată, cu atât tulburările dislalice apar mai pregnant şi se extind asupra unui grup mai mare de sunete. Deficienţele auzului fonematic influenţează recepţia şi pronunţia, în primul rând a acelor grupe de sunete dar, într-o anumită măsură, şi a altora.

În planul etiologiei, un loc important îl ocupă şi imitaţiile unor modele de pronunţie neadacvate sau desfăşurarea activităţii într-un mediu social puţin stimulativ, din punctul de vedere al vorbirii. La copii, acţiunea acestor factori se resimte tot atât de evident ca şi metodele greşite de educaţie; printre altele, încurajarea copilului în pronunţia defectuoasă, pentru amuzamentul adulţilor, sau ridicularizarea lui, la o anumită vârstă, de către persoanele din jurul său; aceste procedee duc la menţinerea şi fixarea defectului.

O altă cauză a sigmatismului – mult discutată în literatura de specialitate–o constituie anomaliile dentomaxilare şi despicăturile de văl şi buze. Creşterea deficitară a dinţilor, lipsa acestora, muşcătura deschisă şi oblică, progenia şi prognatismul, macroglosia şi microglosia, aşa – numita „buză de iepure" şi „gură de lup" pot determina diferite forme de sigmatism, ca şi o serie de fenomene rinolalice, prin neputinţa fixării corecte a aparatelor de pronunţie şi devierea de la situaţia standard a jetului de aer care participă la emisia sunetelor.

Pe baza acestei etiologii şi a criteriului simptomatologic, specialiştii în logopedie descriu numeroase forme de sigmatism. Forma de sigmatism interdental ia naştere prin pronunţarea sunetelor siflante cu limba între dinţi; se observă că aceasta este cea mai frecventă formă de sigmatism.

La copiii mici, această formă de sigmatism apare frecvent, datorită lipsei dinţilor din faţă, care permite fixarea limbii între ei,

determinând o împrăştiere exagerată a aerului ce participă la emisie. De obicei, acest tip de sigmatism dispare odată cu creşterea dinţilor şi se fixează ca defect cu semnificaţie logopedică, atunci când persistă prea mult în vorbirea copilului sau când există şi alţi factori determinanţi. Asemenea situaţii pot genera instalarea unei deprinderi greşite de pronunţie. La unii copii, sigmatismul interdental se poate datora şi vegetaţiilor adenoide sau rigidităţii limbii, ca urmare a funcţionării asincrone şi a slăbiciunii muşchilor linguali, fenomen descris amănunţit de Froschels.

Sigmatismul lateral ia naştere prin ieşirea jetului de aer prin dreapta în loc să se producă prin mijloc, şi poartă denumirea de sigmatism lateral dexter; ori spre stânga, când avem de-a face cu un sigmatism lateral sinister şi, în fine, aerul iese bilateral, dând naştere sigmatismului bilateral. Adeseori, sigmatismul dexter şi sinister se asociază cu o uşoară asimetrie facială a părţii drepte şi, respectiv, stângi.

Sigmatismul lateral se accentuează în raport cu retragerea comisurii bucale în direcţia laterală stângă sau dreaptă. Un rol important în producerea sigmatismului lateral îl are pareza parţială a nervului hipoglos. În acest caz, siflantele, şi în primul rând consoana s, sunt mai des afectate comparativ cu şuierătoarele.

Când vârful limbii se sprijină pe dinţi şi aceştia sunt prea apropiaţi, nepermiţând aerului să iasă prin spaţiul interdental, avem de-a face cu sigmatismul addental. Această formă de sigmatism apare frecvent ca umare a nepercepeгii corecte a pronunţiei, determinată de hipoacuzii sau de deficienţe ale auzului fonematic, cât şi datorită anomaliilor organice, ca spre exemplu, dentiţia incorect implantată şi maxilar inferior sau superior exagerat de proeminent (prognatismul). În acest caz, sonoritatea sunetelor siflante este evident alterată, prin ieşirea aerului în formă de evantai, în loc de o concentrare a acestuia prin spaţiul de mijloc al gurii.

Sigmatismul palatal se produce din cauza retragerii vârfului limbii mult spre bolta palatină. În felul acesta, apare un sunet fricativ sau şuierător: şală în loc de sală, jial în loc de ziar. Cauzele sunt aceleaşi ca şi în cazul sigmatismului addental.

Dacă în sigmatismul addental, sonoritatea sunetelor este tulburată, în altă formă de sigmatism, şi anume în cel strident, sonoritatea siflantelor este, dimpotrivă, prea mare, articulaţia devine atât de puternică încât supără pe ascultător, în cazul dat, depăşind pragul obişnuit al intensităţii. Pronunţia se poate compara cu vorbirea

persoanei care apropie prea mult microfonul de buze sau când acesta este dereglat. Datorită unor deficienţe ale aparatului auditiv intern, sigmaticul respectiv nu-şi dă seama, în toate situaţiile, de deficienţa sa, şi printr-un efort sporit amplifică dificultatea ce o are.

Sigmatismele labial şi *labio-dental* se întâlnesc mai rar în practica logopedică. În primul caz, pronunţia se realizează cu participarea proeminentă a buzelor şi fără sprijinul incisivilor inferiori, apărând un fel de ş sau f, iar în al doilea caz, producerea siflantelor se face cu ajutorul incisivilor superiori şi a buzei inferioare care acoperă dinţii inferiori.

Atunci când palatul moale, din cauza unor deficienţe, nu-şi poate îndeplini funcţia sa normală, apare *sigmatismul nazal*, care determină transformarea sunetelor siflante într-un fel de ng. În cazul acesta orificiul faringo-nazal nu se poate închide decât parţial (sigmatism nazal parţial) sau în situaţiile mai dificile, jetul de aer se scurge numai prin nas (sigmatism nazal total). Acest fel de sigmatism este determinat de despicăturile palatale, de imobilitatea palatului ca, de exemplu, la un palat prea scurt sau ca urmare a unei operaţii. S. Borel-Maisonny descrie un sunet ce se realizează între coardele vocale, şi care are o rezonanţă guturală, purtând denumirea de *sigmatism laringual*.

Din punct de vedere ontogenetic, sunetul r apare, de obicei, în urma sunetelor siflante şi şuierătoare, iar deformările, înlocuirile şi omisiunile sale sunt frecvente, deoarece pronunţia sa presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticulator şi mişcări de sincronizare fină. Afectarea sunetului r se poate sesiza uşor în vorbire, întrucât acesta are o mare frecvenţă în cuvinte. Deformarea, omisiunea şi inversarea sunetului cu un alt sunet se numeşte rotacism, iar înlocuirea sa cu un alt fonem, pararotacism.

Majoritatea copiilor antepreşcolari şi preşcolari mici nu reuşesc să pronunţe corect sunetul r, deformându-l, omiţându-l sau înlocuindu-l, cel mai des, cu l sau cu alte sunete, ca d, h, v şi mai rar cu i, u etc. În acest caz, nu este vorba de rotacism sau pararotacism (care ar necesita o intervenţie logopedică); el se rezolvă de la sine, odată cu dezvoltarea aparatului fonoarticualtor. Dacă omisiunea, inversarea, deformarea şi substituirea lui r persistă şi după vârsta de 3 ani, atunci se impun exerciţii logopedice pentru corectarea rotacismului sau a pararotacismului.

De obicei, prezenţa rotacismului şi a pararotacismului constituie un indiciu al existenţei şi altor tulburări dislalice, ca urmare

a mecanismelor complexe care participă la emisia sunetului r şi care prin funcționare deficitară determină pronunțarea defectuoasă şi a altor sunete dificil de pronunțat.

Frecvent, printre cauzele care determină apariția rotacismului şi pararotacismului se numără unele anomalii anatomice sau funcționale ale limbii: construcția prea groasă a unor margini ale limbii şi, ca urmare, subțierea exagerată a altora, frenul prea scurt sau prea mare al limbii, care nu permite mobilitatea necesară emisiei, macroglosia limbii, o inervație inadecvată a limbii şi leziuni ale nervului hipoglos; defecțiuni ale boltei palatine, deficiențe ale auzului fizic sau fonematic; imitarea unor modele deficitare de pronunțare şi, în fine, o serie de factori de natură psiho-socială, care duc la fixarea deprinderii greşite şi care creează o serie de complexe ce se repercutează asupra întregii personalități.

Luând în considerație criteriul simptomatologic, cât şi pe cel al etiologiei, literatura de specialitate înregistrează o gamă foarte mare de rotacisme (peste 30 de forme). Noi ne vom referi, însă, numai la cele întâlnite mai des, şi care sunt specifice dislalicilor ce vorbesc limba română. Astfel, rotacismul interdental se produce prin vibrarea vârfului limbii, sprijinit pe incisivii superiori sau chiar prin atingerea de către limbă a buzei superioare. În acest caz, sunetul r se poate emite şi lateral, datorită scurgerii aerului prin comisura bucală, ceea ce duce la sâsâirea sau şuierarea lui. Atunci când sunetul r se realizează prin vibrarea buzelor, iar limba are un joc uşor, apare rotacismul labial. În cazul când vibrează buza superioară, atingând incisivii inferiori ori vibrează buza inferioară prin atingerea incisivilor superiori, apare o altă formă de rotacism numită rotacism labiodental. Rotacismul apical se produce din cauză că limba este strâns lipită de alveole, în timpul pronunției, ceea ce nu-i permite vibrația necesară sau vârful limbii este curbat în timpul sprijinirii pe bolta palatină din care cauză vibrațiile nu apar în zona potrivită. În aceste cazuri, denaturarea sunetului r capătă caracteristica sunetelor fricative, sonore şi afone. În altă formă de rotacism, şi anume rotacismul velar, nu vibrează vârful limbii, cum este normal, ci vălul palatin. Atunci când orificiul palato-faringian nu se închide complet, iar vibrațiile se realizează la nivelul părții posterioare a palatului moale şi peretelui posterior al faringelui, se produce un r strident, cu caracteristici nazale, de unde denumirea de rotacism nazal. Când vibrația pentru producerea sunetului r se realizează cu ajutorul uvulei şi nu prin vibrarea vârfului limbii sprijinit pe alveolele incisivilor superiori, se produce rotacismul uvular.

Acest fel de rotacism are o mare frecvenţă în limba română. Necorectarea la timp a rotacismului velar, nazal şi uvular poate duce la instalarea unei fonastenii, din cauza încordării şi efortului exagerat necesar în producerea formei deficitare. Frecvent, la dislalicii de limbă română, se întâlneşte şi rotacismul bucal, care ia naştere prin scurgerea aerului printre limbă şi obrajii ce intră în vibraţie. În funcţie de gravitatea afectării sunetelor, în emiterea cuvintelor care conţin asemenea sunete şi chiar la nivelul formulărilor verbale se constată o vorbire mai puţin agreabilă, rezultată nu numai din deficienţele respective, ci şi din oscilaţiile intensităţii, timbrului şi guturalităţii intermitente.

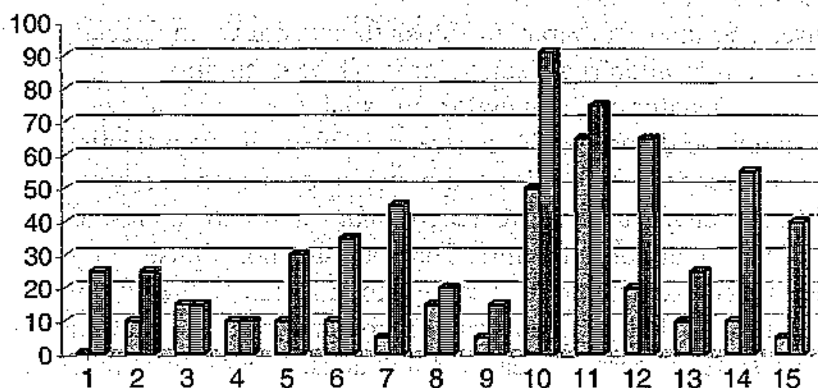
În cadrul tulburărilor dislalice, pot apărea dificultăţi şi în emiterea altor sunete, dar cu o frecvenţă mai mică. Printre acestea, merită atenţie lambdacismul şi paralambdacismul, care constă în deformarea, omisiunea şi înlocuirea sunetului l. În genere, aria de manifestare a lambdacismului este mai restrânsă, în comparaţie cu grupa sigmatismelor şi rotacismelor. Se întâlnesc câteva forme mai frecvente, dintre care amintim: lambdacismul interdental, care se formează prin introducerea vârfului limbii între dinţi, afectând, în special, sonoritatea sunetului; lambdacismul nazal, provocat de coborârea vălului palatin astfel încât facilitează ieşirea aerului prin nas (frecvent în despicăturile palatine); lambdacismul afon, la care coardele vocale participă prea puţin sau deloc în emisia sunetului etc. În cadrul paralambdacismului, sunetul l este înlocuit frecvent prin dublarea vocalei care o urmează în cuvânt, dar şi cu sunetele n, t, i, y, d, g, r.

Există şi alte forme dislalice ca: betacismul şi parabetacismul (când este afectat sunetul b); capacism sau paracapacism (când este afectat sunetul c); gamacism şi paragamacismul (tulburarea sunetului g); deltacismul şi paradeltacismul (tulburarea sunetului d); fitacism şi parafitacism (tulburarea sunetului f); nutacism şi paranutacism (tulburarea sunetului n). În literatura de specialitate, nu am întâlnit denumiri corespunzătoare pentru deformarea sau înlocuirea tuturor sunetelor.

De exemplu, deformarea şi înlocuirea lui h este trecută în categoria gamacismului; afectarea sunetului t, la deltacism şi paradeltacism; afectarea lui v, la fitacism şi parafitacism, iar a sunetului m, la nutacism şi paranutacism, dat fiind probabil, poziţia asemănătoare a organului fonoarticulator în emisia sunetelor respective. Noi credem că este mai adecvată o terminologie

corespunzătoare pe care o propunem, şi anume: pentru h – hamacism şi parahamacism; pentru t – tetacism şi paratetacism; pentru v – vitacism şi paravitacism; pentru m – mutacism şi paramutacism. La această grupă de sunete, tulburările respective se datorează, pe de o parte, nesincronizării expir-inspir şi, ca urmare, scăderea articulaţiei sau scurtarea anormală, în timpul emisiei, a sunetului, iar pe de altă parte, deficienţelor de rezonanţă şi sonorizare, ca şi a deficienţelor de ocluziune.(Fenomenele reflectate, comparativ în imaginea de mai jos).

Dislalia unor sunete, comparativ: copii normali şi copii cu deficien ţe de intelect şi senzoriale de vârstă şcolară mică.



 - copii normali

 - copii cu deficienţe de intelect şi senzorial

1) betaciscm; 2) capacism; 3) deltacism; 4) fitacism; 5) gamacism; 6) hamacism; 7) jotacism; 8) mutacism; 9) nutacism; 10) rotacism; 11) sigmatism; 12) tetacism; 13) vitacism; 14) zitacism; 15) lambdacism

În unele situaţii, dislalia se accentuează prin aşa numitele deficienţe de sonorizare a consoanelor; în acest caz, dislalicul emite în locul sonorelor (d, b, v, g, j, z) perechile lor surde (t, p, f, c, ş, s). Fenomenul de înlocuire a consoanelor surde cu cele sonore se întâlneşte mai rar şi se manifestă în dislalia gravă, în disartrie, la hipoacuzici şi debili mintal (unde sunt mai accentuate deficienţele auzului fonematic şi tulburările motrico-kinestezice, care împiedică sincronizarea funcţională a aparatului de emisie).

Este ştiut că tulburarea pronunţiei vocalelor are loc foarte rar, când subiectul posedă un auz normal şi nu există anomalii ale aparatului bucal. Vocalele sunt evident denaturate în unele forme de dislalie polimorfă, în disartrie, în alalie, în hipoacuzie şi la cei cu retardări în vorbire. Existenţa tulburărilor vocalice poate constitui un indiciu pentru prezenţa şi a altor defecte sau a unor anomalii funcţionale.

În unele situaţii, şi în special la copii, apare o pronunţie relativ corectă a sunetelor izolate, dar la nivelul silabelor şi cuvintelor se constată unele denaturări prin substituirea, omisiunea sau inversarea sunetelor. Desigur, asemenea denaturări apar în cazul anumitor cuvinte, în timp ce altele sunt pronunţate corect. În cazul unor asemenea tulburări, accentul şi ritmul vorbirii sunt afectate în mod direct. Şi unele tulburări în folosirea accentului, în special a ritmului, pot produce alterări ale sunetelor în silabe şi cuvinte.

Denaturarea sunetelor în silabe şi cuvinte, de către unii dislalici, se datorează, în genere, neînţelegerii semnificaţiei cuvintelor şi nepercepei lor corecte din punct de vedere auditiv. În situaţii dificile, cuvântul nu este recepţionat ca un tot şi nu se realizează ordinea sunetelor în cuvinte. Toate acestea pot fi puse , în primul rând, pe seama deficienţelor auzului fonematic. Subiecţii cu astfel de tulburări analizează greu structura fonematică a cuvintelor şi confundă uşor, sunetele care se aseamănă atât acustic, cât şi articulatoriu.

2. *Specificul tulburărilor dislalice la deficienţii de intelect*

Învăţarea limbajului de către debilii mintal se face cu mai multe dificultăţi în comparaţie cu normalii. Adeseori, debilii mintal au posibilitatea să înveţe formule stereotipe, în scopul unor conversaţii simple, dar nu sunt capabili să utilizeze lanţuri complexe, coerente şi logice pe versantul formulărilor verbale de tip naraţie închegată. Situaţia este tot mai dificilă, pe măsura accentuării deficitului de intelect (cum este cazul la deficienţii sever şi profund). O serie de expresii lingvistice de tip argou şi le însuşesc mai uşor şi în mod spontan. Expresiile verbale nu se desfăşoară după o anumită logică şi din cauza faptului că asociaţiile (în planul ideal) nu sunt conştiente pe

deplin şi nu reuşesc să se extindă asupra unor realităţi largi şi complexe. Desigur, nu toate tulburările vorbirii sunt cauzate de deficienţa mintală, dar multe dintre acestea pot fi asociate cu debilitatea mintală. Cauzele care au provocat debilitatea mintală pot determina şi o serie de anomalii ale auzului, spasticitate, ceea ce influenţează producerea şi recepţia limbajului. În cazul acesta, handicapurile de limbaj se asociază cu debilitatea mintală, dar nu sunt produse de ea.

În activitatea cu debilii mintal se confirmă ideile lui R. West, L. Kennedy şi A. Carr, cu privire la varietatea formelor de limbaj tulburate. Astfel, dintre formele limbajului, provocate de debilitatea mintală, cele mai frecvente se referă la modul defectuos în folosirea regulilor gramaticale, atât în limbajul scris, cât şi în cel oral, la conţinutul celor exprimate, când se vehiculează, mai mult, cu noţiuni concrete şi când nu au la bază asociaţii de idei, la un vocabular sărac, atât din punct de vedere calitativ, cât şi cantitativ, la pronunţia confuză şi defectuoasă etc., din cauza deprimărilor determinate de insuccesele repetate. La debilul mintal, pe plan intern se produc o serie de modificări cu influenţe negative şi care determină apariţia unor tulburări de natură psihologică.

O caracteristică evidentă a vorbirii debililor mintal constă în imaturitatea ei, fenomen ce se accentuează, pe de o parte, în funcţie de gravitatea deficienţei intelectuale, iar pe de alta, în funcţie de vârsta lor cronologică. Aşa, de pildă, la handicapaţii sever şi profund (în marea lor majoritate a sindroamelor handicapului de intelect), imaturitatea vorbirii este atât de pregnantă încât, în cele mai fericite cazuri, se poate asemăna cu manifestarea verbală a copiilor normali de 1-2 ani. Dacă la vârstele mici ale debililor mintal imaturitatea vorbirii nu pare atât de evidentă şi se pot găsi mai multe elemente comune atât în vorbirea lor, cât şi a copiilor normali, diferenţele se accentuează, iar limbajul debililor devine tot mai lipsit de maturitate în raport de vârsta acestora. Tot în funcţie de aceste situaţii, vorbirea deficienţilor de intelect este lipsită de precizia necesară şi apar fenomene care denotă lipsa intensităţii şi a tonusului adecvat sau, dimpotrivă, tonus şi intensitate exagerate, cu timbru dezagreabil.

Încă de la începutul învăţării vorbirii, la copilul debil intervin o serie de dificultăţi în observarea exactă a modului cum se produce pronunţia pentru a o putea imita corect. Cu timpul, vorbirea debililor mintal devine neclară, confuză şi aceste caracteristici se accentuează, ca urmare a neconştientizării tulburării şi a agitaţiei psihomotorii sau a

tonusului scăzut. Dacă în emiterea unor cuvinte se manifestă o neclaritate mai puțin evidentă, în propoziții și fraze, confuzia este mai pronunțată, deoarece folosirea lor implică o activitate de gândire profundă și vehicularea unor informații complexe.

Trebuie subliniat că unul din simptomele debilității mintale este și slaba dezvoltare a vorbirii, precum și prezența unor tulburări dislalice care au un caracter persistent. Deficiențele de limbaj ale debilului mintal, printre care și dislalia, nu dispar decât în urma unei activități logopedice susținute. Marea majoritate a deficiențelor de limbaj se datorează insuficienței intelectuale, analizei și sintezei deficitare, incapacității de a efectua generalizări, abstractizări și comparații între fenomenele realității înconjurătoare.

Cunoașterea unor particularități ale limbajului debilului mintal prezintă o deosebită importanță teoretică și practică. Așa cum subliniază J. Piaget, prin intermediul limbajului, copilul are posibilitatea să evoce situații anterioare sau viitoare și, prin aceasta, să stimuleaze inteligența, G.A. Miller subliniază ideea că finalizarea gândirii este în funcție și de actele simbolice. Dacă deficiența intelectuală poate determina o serie de tulburări ale limbajului, la rândul lor, acestea influențează producția inteligenței. În cazurile grave, ca de pildă în pierderea semnelor limbajului, se produce un vid mintal asemănător cu starea în care se găsește copilul înaintea dobândirii limbajului (A. Busemann, 1966).

La debilii mintal, există o proporție ridicată și variată a tulburărilor de limbaj, fapt ce influențează nu numai comunicarea și recepționarea limbajului, dar și operarea în planul mintal. O serie de autori se referă la deficiențele de limbaj specifice debilului mintal. Astfel, Arnold (1959) afirmă că există 45%- 55% de logopați printre oligofreni. În descrierea defectelor de vorbire, West, Kennedy și Carr evidențiază existența unei voci slabe, a unei vorbiri total sau parțial neinteligibile, ca urmare a articulației defectuoase, cât și a deficiențelor gramaticale, sintactice și semantice. În același timp, ritmul, debitul, intensitatea și timbrul vorbirii sunt dezagreabile.

Și din cercetările efectuate la noi, în școlile ajutătoare, rezultă un procent ridicat al tulburărilor de limbaj. Astfel, Gh. Radu (2000, pag. 200-201) constată că din totalul elevilor investigați 57% prezintă tulburări de limbaj, iar din acestea, tulburările de pronunție ocupă proporția cea mai mare. În paralel, se constată o scădere a tulburărilor respective, pe măsură ce elevii înaintează în vârstă și clase; de la 57% la clasa I, la 16 % în clasa a VI-a. Faptul se explică atât prin

contribuția activităților logopedice și a procesului de instrucție, în general, la corectarea tulburărilor de limbaj, cât și prin tendința de maturizare a organelor fonoarticulatorii și a motricității fine implicate mai cu seamă în desfășurarea scrisului. La debilul mintal, tulburările de limbaj nu sunt izolate; în cele mai multe cazuri, ele sunt asociate nu numai cu deficitul de intelect, ci și cu cele legate de motricitate și psihomotricitate. De altfel, deficiențele motricității și psihomotricității însoțesc tulburările de limbaj și pe fondul intelectului normal, iar corectarea acestor dificultăți se realizează mai ușor, în paralel, și cu rezultate mai bune în recuperare (I. D. Radu, 2000, D. Carantină, 2002). De aici, rezultă și o serie de sarcini speciale și relativ diferite pentru cabinetele logopedice destinate corectării limbajului copiilor cu intelect normal față de cele care funcționează în cadrul școlilor ajutătoare, sarcini pe care le-am analizat într-un studiu anterior, împreună cu Gh. Radu (1988). În acest sens, trebuie subliniat că o activitate recuperativă eficientă, printr-o terapie complexă, presupune colaborarea mai multor specialiști: logoped, kinetoterapeut, asistent social (E. F. Verza, 2002).

Dislalia debilului mintal se prezintă sub forma unei game foarte largi, deoarece omisiunile, înlocuirile, confuziile și deformările se produc fără nici o regulă, ci întâmplător. Deși la deficienții de intelect găsim, în general, aceleași forme ale dislaliei descrise la normali, complexitatea și labilitatea lor este mai accentuată. Într-o cercetare anterioară am constatat că printre cele mai frecvente deficiențe de limbaj, la școlarii mici, se remarcă dislalia, bâlbâiala și disgrafia, iar la școlarii mari, cazurile de dislalie scad, menținându-se ridicat, în schimb, numărul disgraficilor și dislexicilor.

La debilii mintal, la care sunt afectate căile centrale și nucleii responsabili în vorbire, avem de-a face cu dislalia centrală, a cărei simptomatologie este specifică disartriei. Natura disartrică a dislaliei centrale poate fi pusă în evidență mai ușor la adulți, în timp ce la copii se manifestă sub o formă mai atenuată. La unii debili de intelect, la care se găsesc și malformații ale organelor periferice de vorbire, dislalia devine tot mai complexă și prin prezența unei alte forme: dislalia mecanică sau disglosia (cum se mai numește). Frecvent, la această categorie de subiecți se asociază dislalia centrală cu cea mecanică, constituind o formă greu de corectat.

Dacă la copilul normal există o mai mare posibilitate compensatorie în procesul educării logopedice a vorbirii dislalice, prin preluarea funcțiilor organelor afectate de către traiectele sănătoase, la

deficientul mintal asemenea restructurări sunt limitate şi de structurile anatomo-fiziologice ale sistemului nervos central, deficitare.

Elementele de perseverare, caracteristice pentru structurile mintale neevoluate, se manifestă şi la nivelul limbajului. Perseverarea nu se limitează numai la nivelul sunetelor sau al silabelor cuvintelor. Prezenţa perseverării nu este un indiciu al tulburărilor de ritm, în cazul deficientului de intelect. În schimb, influenţează recepţia vorbirii şi îi dă o notă dezagreabilă.

Studierea limbajului, ca mijloc şi instrument al dezvoltării mintale, aşa cum subliniază Vâgotski, sau ca reglator al comportamentului şi activităţii voluntare, cum arată Luria, denotă că limbajul este privit ca o funcţie integrată şi integratoare la nivelul psihismului uman. Asemenea cercetări, efectuate, comparativ, la normali şi la deficienţi de intelect, pot contribui la elucidarea complexei probleme a naturii şi rolului limbajului, pe de o parte, şi a relaţiilor dintre structurile nervoase superioare şi funcţiile psihice complexe, pe de altă parte.

La debilii mintal, la care sunt prezente şi o serie de tulburări psihice, handicapurile de limbaj sunt mai accentuate şi, în general, apar deficienţe atât pe linia limbajului expresiv, cât şi a celui impresiv. După manifestarea unor crize, vorbirea acestora devine şi mai confuză, ca urmare a repetărilor de sunete (în special cele de la începutul cuvintelor), dând impresia auditorului că sunt prezente tulburări de ritm. În fond, nu este vorba, însă, de bâlbâială, ci de o dislalie caracterizată prin perseverare în emisia sunetelor şi chiar a cuvintelor.

3. *Specificul tulburărilor dislalice la deficienţii de auz*

Principala sarcină a educatorilor, care se ocupă de instruirea şi educarea deficienţilor de auz, constă în formarea vorbirii şi crearea posibilităţilor de învăţare a limbajului verbal. Pentru aceasta, întregul proces de învăţare organizată se bazează pe mimico-gesticulaţie, labiolectură şi, în măsură mai mică, pe dactileme.

Gesturile pot fi naturale, artificiale şi indicatoare. Fiecare din aceste categorii de gesturi se foloseşte în funcţie de vârsta subiectului şi de nivelul instrucţiei sale. Pornind de la înregistrarea gesturilor

copiilor, C. Pufan (1982), arată că modificarea gesturilor la surdomuţi este influenţată de limbajul verbal, de gesturile artificiale ale auzitorilor, de succesele reanalizate pe linia abstractizării şi generalizării semnelor (fig.12 şi 13).

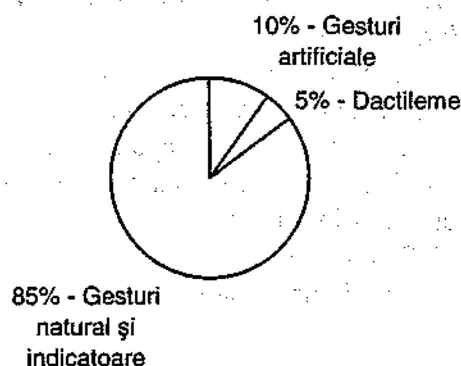


Fig. 12 Componenţa comunicării surdomutului la vârsta de 6-7 ani (după C. Pufan)

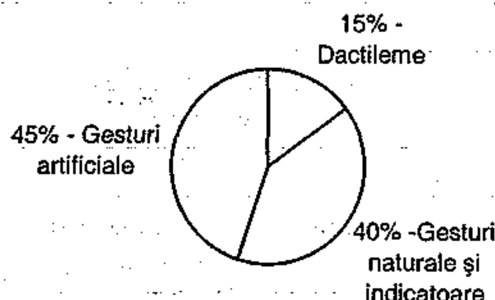
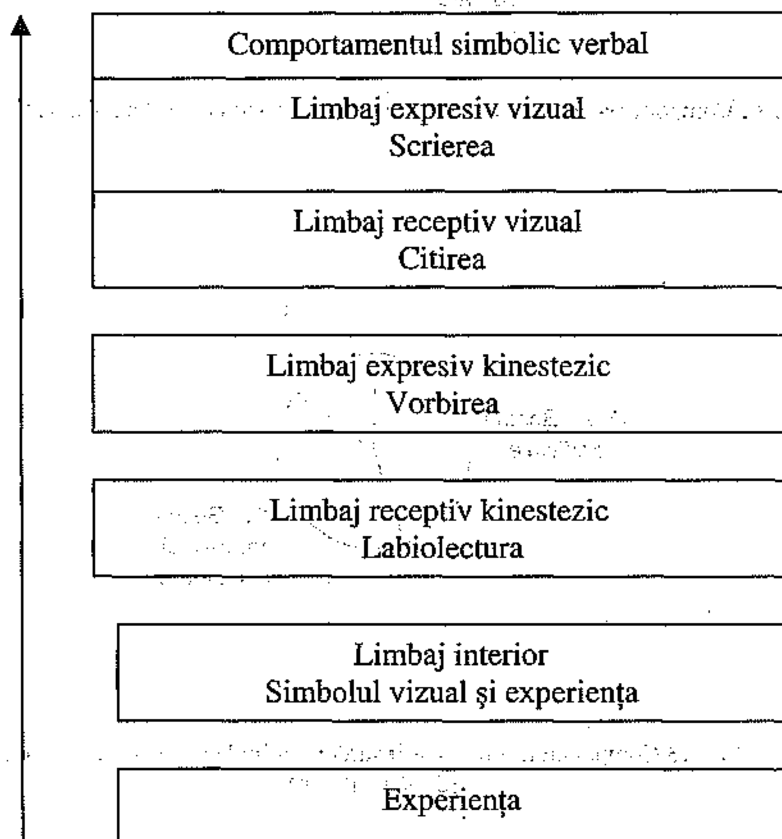


Fig. 13 Componenţa comunicării surdomutului la vârsta de 25-30 ani (după C. Pufan)

Oricâtă perfecţiune ar atinge surdomutul în utilizarea limbajului mimico-gestual, prin intermediul acestuia nu-şi poate exprima foarte nuanţat, complex şi precis întregul conţinut al gândirii, lucru care devine posibil numai prin limbajul verbal.

Semnalele transmise prin limbajul gesturilor se pot produce simultan, în timp ce semnalele sonore se produc totdeauna succesiv, şi prin aceasta se asigură o mai bună discriminare a fonemelor şi cuvintelor (E. Verza, 1977).

La începutul perioadei de demutizare, surdomutul foloseşte unele cuvinte însuşite, dar pentru o exprimare mai bogată apelează la mimico-gesticulaţie, deoarece este stăpânită mai bine. Pe măsură ce cuvintele se consolidează, se îmbunătăţeşte şi pronunţia. Cuvintele învăţate iau locul exprimării prin gesturi. În formarea limbajului verbal, copilul deficient de auz parcurge o serie de etape, redate sintetic de Myklebustx, în următoarea schemă:



Desigur, lipsa auzului îşi va pune pecetea asupra vorbirii şi după perioada demutizării. S. Borel – Maisonny, caracterizând vorbirea neauzitorilor, arată că intonaţia, ritmul, debitul sunt deficitare, ceea ce influenţează inteligibilitatea vorbirii.

Hipoacuzicii pot percepe, auditiv, unele sunete şi cuvinte, ceea ce contribuie la formarea unui vocabular mai bogat şi la folosirea corectă a cuvintelor în propoziţii. Însuşirea cuvintelor şi automatizarea lor depinde de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea cât mai frecventă a cuvintelor în activităţi diverse, de gradul de accesibilitate a cuvintelor, de nivelul şi de motivaţia pentru activitate.

Atât la surzii care folosesc limbajul verbal, cât şi la hipoacuzici se creează un decalaj între vorbirea impresivă şi cea expresivă, decalaj diminuat pe măsura însuşirii şi dezvoltării limbajului. Astfel, decalajul de la nivelul expresiei se reduce treptat, deşi se menţin multe din dificultăţile de exprimare şi formulare verbală.

Deficienţele de auz, începând cu cele mai uşoare forme de hipoacuzie, pot provoca diferite forme de dislalie. În hipoacuzia uşoară, subiectul nu poate sesiza diferenţele dintre unele sunete, în special ale celor din grupa siflantelor şi a şuierătoarelor. În hipoacuzia accentuată, dislalia se extinde asupra majorităţii sunetelor. Unele profesiuni, exercitate într-un mediu prea zgomotos, pot duce la forme de paracuzie, prin lezarea celulelor auditive. În literatura de specialitate, tulburările determinate de anomalii ale auzului sunt cunoscute sub denumirea de dislalie audiogenă.

Se ştie că activitatea analizatorului verbomotor este dependentă şi de analizatorul auditiv, care joacă un rol important în dezvoltarea laturii fonetice a vorbirii. În general, auzul fonematic, specific pentru perceperea sunetelor vorbirii, apare şi se dezvoltă, la copilul normal, înaintea dezvoltării capacităţii sale articulatorii. Distingerea de către copil a componentei fonetice a cuvintelor este esenţială pentru dezvoltarea limbajului. În cazul unor deficienţe ale auzului, se creează mari dificultăţi în însuşirea vorbirii şi în special a citit-scrisului. La copiii slab auzitori este foarte importantă perioada în care a survenit hipoacuzia, pentru dezvoltarea auzului, cât şi pentru stabilirea diagnosticului (T. A. Vlasova, M. S. Pevzner, 1975, pag. 25). Când hipoacuzia se instalează de timpuriu, copiii respectivi pierd posibilitatea însuşirii vorbirii în afara unor măsuri de instruire specială. Instalarea hipoacuziei, după însuşirea aproximativă a

vorbirii, determină unele insuficienţe pe linia dezvoltării vocabularului şi a posibilităţilor de pronunţie a sunetelor şi cuvintelor într-o manieră corectă şi melodioasă.

Hipoacuzicii fac frecvente confuzii între consoanele sonore şi cele surde, între siflante şi şuierătoare, omit începutul sau sfârşitul cuvintelor, nu pot articula combinaţii de consoane, manifestă deficienţe în structura gramaticală a vorbirii. În vorbirea hipoacuzicilor, sunetele surde sunt şi mai lipsite de sonoritate, căpătând caracterul vorbirii în şoaptă. Deşi în limba română accentul cuvintelor este mai puţin sesizabil, el joacă, totuşi, un rol important în precizarea sensului frazei. La hipoacuzici, fenomenul de accentuare a silabelor şi chiar a cuvintelor se manifestă deficitar, în special prin nepronunţarea clară a terminaţiilor. Nerespectarea accentului determină perceperea unei vorbiri nemelodice sau stridente. În comunicarea verbală, hipoacuzicii se sprijină şi pe mimico-gesticulaţie. Ei caută, mai mult ca surdomuţii, să găsească forme variate şi noi elemente care să-i ajute în exprimarea gândurilor. Nici la surdomuţi, mimico-gesticulaţia nu se manifestă identic la toţi subiecţii; ea suferă o serie de transformări, de perfecţionări, cu scopul de a găsi cele mai adecvate forme de exprimare. Caracteristic pentru limbajul gestual al surdomuţilor este existenţa unei sintaxe aglutinate şi a unor semne relaţionale (P. Oléron). „În condiţiile activităţii şcolare, sub impulsul necesităţii de a înţelege şi de a se face înţeleşi în ceea ce-şi comunică, deficienţii de auz acceptă, şi, în acelaşi timp, abandonează anumite semne pe care cândva le foloseau, contribuind la formarea unui sistem mimico-gesticulator unitar. "(C. Pufan, 1972, pag. 71-72). Spre deosebire de surdomuţi, hipoacuzicii comunică, în principal, prin limbaj. Odată cu învăţarea citit-scrisului, gama comunicării verbale se diversifică şi se nuanţează prin folosirea unui vocabular mai bogat şi mai adecvat, dar şi prin creşterea posibilităţilor de folosire corectă şi coerentă a propoziţiilor şi frazelor.

În raport cu gravitatea hipoacuziei, anumite caracteristici dislalice se accentuează. Dintre acestea, cele mai frecvente sunt :

1) omisiunea unor sunete şi, în special, a articolului;
2) omisiunea unor grupuri consonantice şi chiar a unor cuvinte cu articulaţie complexă;
3) deteriorarea unor sunete şi cuvinte care, în anumite situaţii, schimbă sensul contextului sau fac neinteligibilă vorbirea;

4) substituirea unor sunete prin altele, este un fenomen care se produce frecvent, iar mai rar are loc şi substituirea unor cuvinte;
5) accentul cuvintelor se face la întâmplare;
6) multiplicarea anumitor sunete în cuvânt;
7) prelungirea unor sunete, dând impresia că sunt cântate;
8) introducerea unor sunete „parazite" în cuvânt (i, î) etc.

La surdomuţii demutizaţi sau în curs de demutizare, toate aceste deficienţe dislalice, ca şi alte tulburări ale limbajului, au o frecvenţă mult mai mare. Unele din ele dispar, pe măsura activităţii logopedice, dar şi ca urmare a dezvoltării vorbirii. În aceeaşi ordine de idei, subliniem că la această categorie de subiecţi, deficienţele de vorbire respective au un caracter mai rezistent la corectare, nu numai din cauza lipsei auzului, dar şi a posibilităţilor reduse de analiză şi sinteză a gândirii, a particularităţilor concret-intuitive ale gândirii. În general, la slab auzitori, însuşirea sunetelor se face printr-un mare consum de energie. Mai uşor se realizează articularea sunetelor explozive, în timp ce sunetele fricative necesită o perioadă mai îndelungată de formare. De exemplu, sunetele s şi ş se formează, adeseori, addental, fiind ca un ţ. Alteori, sunetul s se formează palatal sau lateral.

Calitatea şi cantitatea vorbirii slab auzitorilor depind şi de aptitudinea individuală psiho-lingvistică, de gravitatea deficienţei, de perioada în care a survenit deficienţa. În literatura de specialitate, se apreciază de către diferiţi autori că anul al şaptelea al vieţii se află la graniţă. Copiii care au pierdut auzul mai de timpuriu îşi pierd vorbirea. Dacă pierderea auzului survine după această vârstă copilul păstrează vorbirea, dar apar o serie de tulburări ale pronunţiei şi dificultăţi în însuşirea limbajului.

În procesul instructiv-educativ de formare şi dezvoltare a vorbirii, surdologia din ţara noastră se bazează pe o serie de principii, privind ordinea de învăţare a fonemelor în timpul demutizării (V. Ţârdea, 1974, pag. 69). Acestea sunt:

- respectarea principiului de dezvoltare naturală a vorbirii;
- respectarea accesibilităţii, adică a învăţării gradate, de la sunetele, care se pronunţă uşor, la sunete, cu o pronunţare mai dificilă;

- respectarea particularităţilor fiziologice şi fonetice caracteristice pentru pronunţarea fiecărui sunet, în aşa fel încât fiecare sunet însuşit să poată constitui un ajutor în elaborarea sunetului următor;
- respectarea însuşirii sunetelor în succesiune, ca, de altfel, şi în învăţarea cuvintelor şi a propoziţiilor.

La învăţarea limbajului oral şi scris, un rol important îl are şi abilitatea subiectului de a folosi corect dactileme.(fig. 14a. şi 14b.) C. Pufan apreciază că numărul dactilemelor este relativ la fel cu cel al grafemelor, dar mai mic decât al fonemelor, iar I. Stănică (2001) este de părere că pentru unele grafeme, cum ar fi v, m, n, c, l, o, v semnul poate exprima exact forma acestora, în timp ce pentru alte grafeme (a, î, p, r, j etc.)semnele sunt parţial convenţionale.

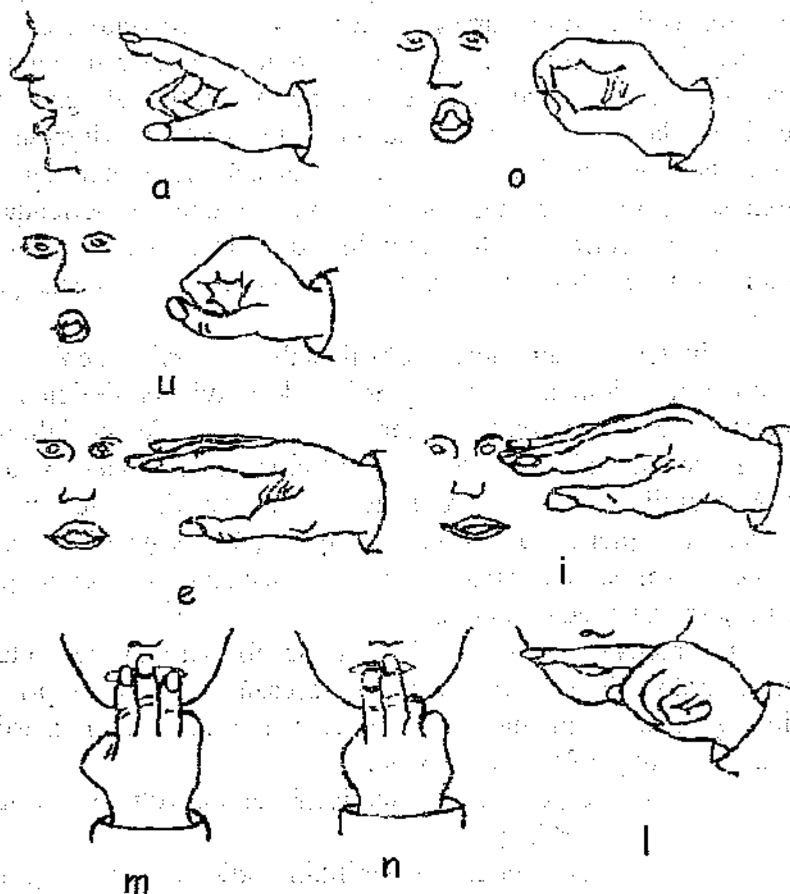


Fig. 14a.

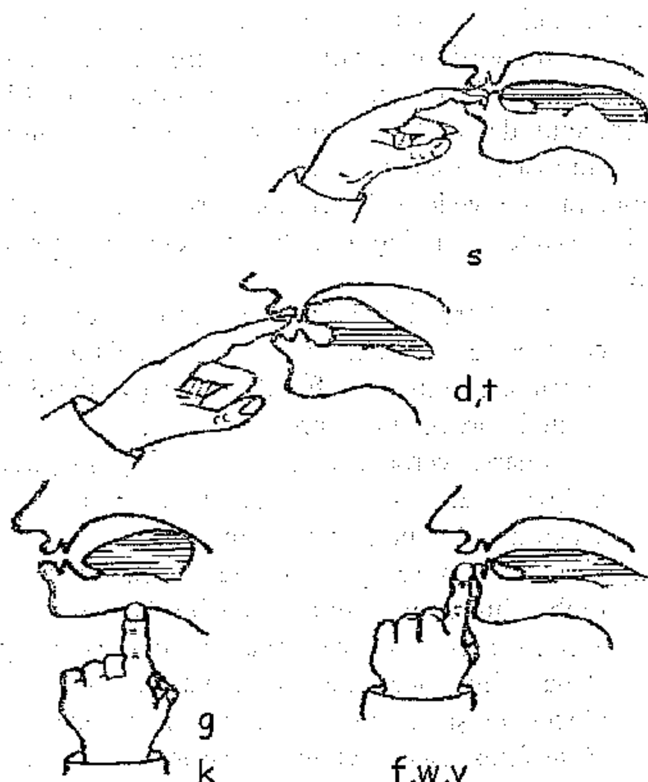


Fig. 14b.

În învățarea vorbirii de către surzi și hipoacuzici este necesar să se corecteze tulburările pronunției, îndată ce ele apar, pentru a nu se crea condiții favorabile de formare a unor automatisme deficitare. În felul acesta, se stimulează vorbirea și se influențează, pozitiv, dezvoltarea personalității.

4. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de vedere

Având în vedere integritatea analizatorului verbomotor și auditiv la deficienții de vedere, tulburările dislalice se manifestă într-o proporție mai mică, în raport cu alte categorii de deficienți, iar

comparativ cu subiecţii cu intelect normal dezvoltat şi fără deficienţe senzoriale, la ambliopi şi, mai cu seamă la orbi, tulburările limbajului se menţin într-o proporţie mai ridicată. Dintre acestea, tulburările de pronunţie sunt cele mai frecvente. Dacă limbajul scris-citit în Braille a constituit obiectul de studiu al multor cercetări, vorbirea orală şi tulburările ei au fost abordate în mod sporadic.

Deficienţa de vedere determină o serie de caracteristici, în formarea şi dezvoltarea limbajului. Printre cele mai importante sunt următoarele:

1) în dezvoltarea limbajului, se manifestă un ritm lent, ceea ce face ca în perioada antepreşcolară şi preşcolară vorbirea copilului să fie săracă, vocabularul redus şi cu multe imprecizium în pronunţare;
2) exprimarea verbală nu este însoţită şi susţinută, în mod adecvat, de mimico-gesticulaţie, ca element ce accentuează expresivitatea comunicării;
3) deficienţe în recepţia şi înţelegerea unor nuanţări ale limbajului, ca urmare a imposibilităţii perceperii vizuale a mijloacelor de exprimare a mimico-gesticulaţiei;
4) slaba funcţionalitate a legăturii dintre imaginile obiectelor şi noţiunile care le desemnează, ceea ce face să se folosească cuvinte ale căror conţinut şi sferă să nu coincidă cu imaginea concretă (W. Roth, 1973, pag. 150).

Tulburările de pronunţie ale ambliopului şi nevăzătorului pot fi determinate de aceleaşi cauze care acţionează şi în cazul normalului. În plus, cauzele care provoacă deficienţa vizuală pot avea influenţe negative şi asupra dezvoltării limbajului. Pe lângă acestea, imposibilitatea imitării vizuale a mişcărilor articulatorii generează lipsa de sincronizare şi modulare corectă a aparatului fonoarticualtor, specific pronunţării sunetelor. Sunt afectate, în primul rând, acele sunete care presupun mişcări organice fine: r, l, s, ş, z, j, f, v, p, b, m, n etc. Fenomenul cel mai frecvent întâlnit, la ambliopi şi orbi, în cadrul tulburărilor dislalice, este acela al deformării sunetelor şi al omisiunii lor. Omisiunile apar, într-o proporţie mai mare în grupările bi- şi triconsonantice, ca de exemplu, cr, şt, mn, rg, srt, ltf, ltm. Substituirile se produc mai des la nivelul silabelor, al diftongilor şi triftongilor. Cele mai frecvente substituiri sunt de tipul: r-l, c-g, f-v, s-ş, ş-z, s-j, f-p, ghe-ge, m-n, c-t, v-b etc. Tot atât de frecvent apar, în vorbirea nevăzătorilor şi a slab-văzătorilor, adăugirile de sunete la nivelul

cuvintelor, fenomen întâlnit rar în limbajul normalilor. Vocalele - în special i şi î, - sunt adăugate la sfârşitul cuvintelor. Atunci când conţinutul celor exprimate este mai dificil sau când deficientul nu înţelege destul de bine noţiunile cu care vehiculează şi nu le poate raporta la imaginea concretă, în vorbirea sa apar o serie de cuvinte parazite şi/sau repetări de sunete. Accentuarea dislaliei silabelor şi a cuvintelor determină dificultăţi sporite în înţelegerea vorbirii persoanelor din jurul lor, pe de o parte, iar pe de alta, exprimarea şi inteligibilitatea devin greoaie.

Slaba dezvoltare şi tulburările vorbirii sunt consecinţa unor condiţii psihologice şi sociale. Lipsa de stimulare sau slaba preocupare a familiei pentru dezvoltarea vorbirii copilului face ca la intrarea în şcoală să nu dispună de sistemul fonetic al limbii. În asemenea situaţii, sunt necesare măsuri psihopedagogice speciale care să fie corelate cu preocuparea susţinută pentru îmbogăţirea experienţei practice a copilului, a percepţiilor, a reprezentărilor şi a imaginaţiei. Pentru aceasta, este nevoie de pricepere şi de tact pedagogic, astfel încât să se creeze, la copil, condiţii interne favorabile, necesare pentru a-l face să trăiască, afectiv-emoţional pozitiv, succesul şi să-i stimuleze interesul de a folosi vorbirea. Colectivul de copii este mediul cel mai adecvat, atât pentru stimularea vorbirii şi învăţarea ei, cât şi pentru refacerea încrederii în propriile forţe, pentru dezvoltarea personalităţii.

La ambliopi, dar mai cu seamă la nevăzători, tulburările limbajului sunt mai frecvente în sfera scris-cititului, chiar dacă aceştia învaţă în Braille. Unii autori citează pentru slab văzători 6,7% logopaţi, în şcoala primară, 7,8 % în şcolile speciale de orbi şi 20 %, în rândul nevăzătorilor de vârstă preşcolară. Alţi autori indică cifre mult mai mari ale tulburărilor de limbaj printre nevăzători. Astfel, S. M. Stinchfield, într-o cercetare pe o populaţie de 404 elevi din două şcoli de orbi din S.U.A., a depistat 49% logopaţi, în majoritate dislalici; G. Lux a depistat, din 87 de orbi, 44 de elevi cu sigmatisme, şi 16 care nu puteau diferenţia sunetele m-n. A. Peiser arată că în şcolile de orbi din Germania există subiecţi logopaţi în proporţie de 8,3 % până la 32,5 % şi, în fine, W. Elstner găseşte, la Şcoala de orbi din Viena, 39 de elevi cu tulburări de limbaj din totalul de 90 de elevi. Dintre cei cu logopatii, majoritatea aveau tulburări de vorbire cumulate; 80% din ei erau dislalici.

La noi, există o statistică efectuată de W. Roth şi E. Neagu pe un lot de 219 copii de grădiniţă, din şcoala generală şi de la liceul din Cluj-Napoca. Se constată, cu acest prilej, că, la 20 de copii în vârstă

de 5-10 ani, există 80% tulburări ale vorbirii; la 83 de elevi din clasele I-IV, în vârstă de 7-14 ani, apar, la 28,91 % defecte de vorbire; la 117 elevi din clasele V-X, în vârstă de 12-22 ani, apar 15, 51 % tulburări de vorbire. Autorii își explică reducerea tulburărilor de vorbire, la copiii școlari, prin contribuția procesului instructiv-educativ la formarea unei pronunții corecte.

Cele mai numeroase dificultăți de pronunție, dublate de o slabă dezvoltare a vorbirii, apar la nevăzătorii congenitali și la cei care și-au pierdut vederea la o vârstă timpurie. Aceasta poate determina luarea în considerație a importanței factorului vizual în formarea pronunției corecte și sublinierea faptului că integritatea acestuia influențează pozitiv dezvoltarea limbajului, nu numai a celui scris și citit, dar și a vorbirii orale. Dacă avem în vedere și influența negativă pe care o exercită deficiențele asupra personalității subiectului și dacă înțelegem rolul important pe care îl joacă personalitatea armonios dezvoltată în însușirea vorbirii, atunci putem să ne dăm seama de ceea ce înseamnă integritatea funcțiilor senzoriale pentru dezvoltarea întregului psihism uman.

Lipsa totală sau limitarea percepției vizuale nu permit reactualizarea reprezentărilor mișcărilor fonoarticulatorii necesare pronunției. Orbii congenitali își formează imagini mintale ale aparatului articulator pe baza analizatorilor tactil-kinestezic și auditiv care, la început, nu sunt suficient de dezvoltați și nu pot compensa lipsa vederii. Cu timpul, percepția tactilă devine principala modalitate care furnizează informații cu privire la mișcările aparatului articulator. Dar pentru fixarea unor imagini unitare, de sinteză, percepția tactilă trebuie organizată și dirijată astfel încât să se desfășoare succesiv și selectiv.

Percepția vizuală joacă un rol important și în percepția vorbirii. Deși principala modalitate de recepție a vorbirii este cea auditivă, s-a dovedit, experimental de către o serie de autori (Pollack, Sumby, O'Neill, M. Durand), că observarea feței vorbitorului și a mișcărilor buzelor acestuia prezintă o deosebită importanță pentru identificarea și discriminarea fonetică și a conținutului semantic (P. Fraisse, J. Piaget, 1972). Este un fapt de necontestat că expresivitatea feței, mimica, pantomimica, gesturile, care însoțesc vorbirea, fie că ajută la exprimarea conținutului, fie că dau sensuri noi comunicării cuprinse în vorbire.

Se știe că în ontogeneză există o legătură directă între dezvoltarea motricității și evoluția limbajului. Or, dezvoltarea

motricităţii se face într-un ritm lent, ca urmare a lipsei vederii. Vederea exercită o influenţă dominantă şi integratoare asupra dezvoltării motricităţii generale şi speciale (D. Damaschin). Datorită vederii, copilul are posibilitatea să imite o serie de mişcări şi să-şi controleze propriile sale acţiuni; printre acestea, mersul are o importanţă deosebită. Prin urmare, vederea contribuie la organizarea mişcărilor, nu numai a celor generale, dar şi la elaborarea unor acte de conduită motorie. Copilul nevăzător efectuează, cu greutate, mişcări fine ale aparatului fonoarticulator pentru pronunţarea corectă a sunetelor. Ca urmare a acestor condiţii psihofiziologice, vorbirea copilului orb congenital apare cu câteva luni mai târziu faţă de vorbirea copilului normal. Hvatţev arată că la copilul nevăzător, mişcările mimico-gesticulatorii rămân în urma dezvoltării intelectuale, comparativ cu ale celui văzător şi că, în general, orbii denaturează articularea, prin executarea unor mişcări inutile cu buzele, cu limba, cu faţa. În producerea unor sunete, nevăzătorii se folosesc de mişcările altor organe decât cele obişnuite: sunetul l încearcă să-l emită cu ajutorul buzelor şi nu cu limba, aşa cum este normal.
În urma unei activităţi logopedice calificate, dislalia nevăzătorului se poate corecta, devenind o vorbire normală. În corectarea dislaliei la nevăzători şi la ambliopi, un rol deosebit de important îl au procedeele generale, care pregătesc, din punct de vedere psihofiziologic, organismul pentru aplicarea metodelor strict logopedice. Metodele şi procedeele descrise, pentru corectarea dislaliei normalului se pot aplica cu succes la orbi şi la ambliopi, în scopul formării pronunţiei corecte şi al dezvoltării vorbirii.

Capitolul VII

CONVERGENȚE ŞI DIVERGENȚE ÎN DISLALIE, RINOLALIE ŞI DISARTRIE

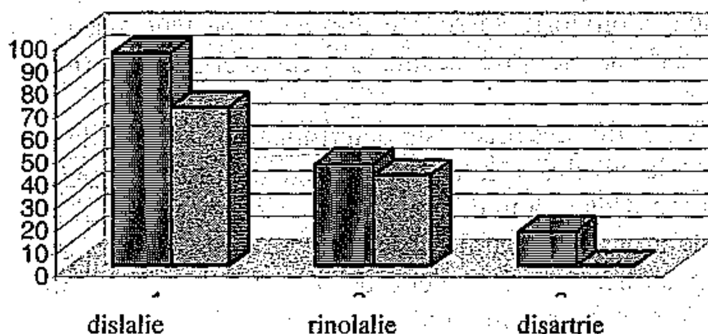
1. *Perspectivă generală asupra elementelor comune şi specifice*
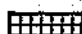
Atât în dislalie, cât şi în rinolalie şi disartrie, există o serie de elementele comune şi altele specifice. Deosebirile şi asemănările pot fi privite în două planuri: pe de o parte, din punctul de vedere al etiologiei, iar pe de altă parte, din punctul de vedere al simptomatologiei, al manifestărilor caracteristice dislaliei, rinolaliei şi disartriei. Având în vedere aceste particularități, în literatura de specialitate, unii autori înglobează rinolalia şi disartria în dislalie, în timp ce alții descriu trei tulburări de vorbire distincte. Ca atare, terapia dislaliei, rinolaliei şi disartriei este fie comună, fie diferită, cu elementele generale predominante în corectarea tulburărilor de respiraţie şi cu elemente particulare, în funcție de caracteristicile celor trei deficiențe. După cum rezultă din cele ce urmează, ca şi din clasificarea tulburărilor de limbaj enunţate anterior, noi considerăm că, cele trei tulburări de pronunţie sunt distincte, atât prin etiologie, cât şi prin simptomatologie, cu toată existența unor elemente comune.

Dislalia şi rinolalia le considerăm ca fiind două tulburări de vorbire cu elemente specifice, dar şi cu o serie de aspecte comune, mai ales în domeniul articulării şi emisiei sunetelor. Din punct de vedere etiologic, există factori care provoacă, în exclusivitate, rinolalia sau dislalia, dar sunt şi o serie de cauze care determină atât fenomene dislalice, cât şi fenomene rinolalice. Pornind de la aceste premise, metodele şi procedeele de corectare a vorbirii dislalice se pot folosi

eficient şi în activitatea cu rinolalicii, pentru înlăturarea tulburărilor de pronunţie. În acelaşi timp (concomitent sau după corectarea fenomenelor dislalice), se pot utiliza metode specifice şi pentru corectarea altor deficienţe caracteristice în rinolalie, pe care le vom evidenţia în continuare. O situaţie similară apare între dislalie şi disartrie, în ideea că şi între cele două tulburări pot fi desprinse elemente comune şi diferenţiatoare, atât pe planul etiologiei şi al manifestărilor, cât şi pe cel al terapiei logopedice, dar mai ales al impactului disartriei asupra evoluţiei activităţii psihice a subiectului. Pe acest plan, subliniem că sunt şi unele diferenţe, cu implicaţii fundamentale în definirea conceptelor de rinolalie şi disartrie. Am putea aprecia că prin simptomatologia caracteristică, rinolalia face trecerea de la dislalie la disartrie şi este chiar mai apropiată de aceasta din urmă. Totuşi, în formele uşoare de rinolalie şi disartrie este dificil de a trasa o linie de demarcaţie fermă între acestea şi o dislalie, deoarece o primă caracteristică evidentă este aceea a existenţei tulburărilor de pronunţie (de emitere, de articulaţie), localizate, în principal, la nivelul sunetelor, al silabelor şi al cuvintelor, în funcţie de gravitatea şi extinderea dificultăţii respective. Tulburarea de pronunţie devine deosebit de complexă în cazurile în care, la acelaşi subiect, sunt prezente toate cele trei tulburări sau unele manifestări, mai mult sau mai puţin parţiale, din fiecare, mai cu seamă, dacă acestea apar pe fondul unui handicap de intelect sau senzorial. (vezi imag. de mai jos).

Frecvenţa tulburărilor de pronunţie la copiii de vârstă şcolară mică, normali, comparativ cu cei cu deficienţe de intelect şi senzoriale.



 - copii cu deficienţe de intelect şi senzoriale

 - copii normali

2. *Relație și ierarhizare în rinolalie*

Am văzut care sunt principalele fenomene în dislalie, etiologia care o determină, cât și unele caracteristici comune cu cele ale rinolaliei. O serie de aspecte, dintr-o perspectivă similară, vor rezulta din analiza rinolaliei, la care ne vom referi în continuare. Același lucru îl vom face, în continuare, și în ceea ce privește disartria, pentru ca, în final, să abordăm metodele și procedeele cele mai adecvate folosite în terapia dislaliei, dar care sunt valabile și în corectarea pronunției deficitare în rinolalie și disartrie. Desigur, nu vom evita sublinierea și a unor procedee cu caracter particular pentru rinolalie și disartrie, mai ales că trebuie să se pună un accent sporit și pe stimularea activității psihice generale.

Pe lângă tulburările de pronunție specifice dislalicilor, în rinolalie există o serie de deficiențe, care constau în tulburarea rezonanței sunetelor și a vocii, cu caracteristici predominant nazale, care este cunoscută și sub denumirea de voce fonfăită. Nazalizarea vorbirii, a sunetelor în primul rând, este o caracteristică specifică rinolaliei. Așadar, în rinolalie, tulburările de fonație coexistă cu cele de articulație. Deficiențele vocii apar ca fenomene secundare în rinolalie și numai în cazurile grave.

Profunzimea tulburării și grupul de sunete afectate în rinolalie sunt în funcție de tipurile sau formele acesteia. Astfel, rinolalia se poate împărți în: **rinolalie aperta,** numită și deschisă, în care suflul aerului necesar pronunțării sunetelor se scurge pe cale nazală, **rinolalie clausa** sau închisă, când unda expiratorie, necesară pronunțării sunetelor nazale (m, n), este împiedicată să treacă pe cale nazală și se scurge pe traiectul bucal, și **rinolalia mixa,** sau mixtă, în care unda expiratorie se scurge alternativ pe cale bucală și pe cale nazală, fără să se țină seama de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

Rinolalia deschisă este determinată de o serie de malformații, localizate la nivelul vălului palatin sau de insuficienta dezvoltare a acestuia (ca urmare a unor boli infecțioase), de vegetații adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, care, în funcție de profunzimea și de întinderea lor, pot afecta în mod grav inteligibilitatea vorbirii.

Aceste cauze provoacă o *rinolalie deschisă de tip organic*, în timp ce *rinolalia deschisă de tip funcțional* este cauzată de

incapacitatea sau mobilitatea redusă a vălului palatin şi a muşchilor faringo-nazali, care nu reuşesc să realizeze închiderea necesară între cavitatea bucală şi cea nazală. De asemenea, rinolalia deschisă funcţională mai poate fi provocată şi de imitarea vorbirii unor persoane rinolalice, mai cu seamă la copii, în perioada de însuşire a vorbirii, de neexersarea vălului palatin şi a muşchilor, ca urmare a unor deficienţe ce au fost înlăturate (de exemplu, înlăturarea chirurgicală a vegetaţiilor adenoide, a polipilor etc.). În cazuri mai rare, vorbirea rinolalică de tip funcţional poate fi determinată şi de tulburări ale respiraţiei, caracteristice bâlbâiţilor şi tahilalicilor, dar manifestările sunt uşoare şi apar, în cele mai multe cazuri, ca fenomene secundare. Nu vom face analiza detaliată a acestor malformaţii congenitale şi nici a altor cauze care se găsesc descrise amănunţit în literatura medicală şi logopedică. Amintim numai ceea ce este absolut necesar pentru punerea în evidenţă a fenomenelor anunţate şi înţelegerea locului ocupat de rinolalie în cadrul tulburărilor de pronunţie.

Despicăturile palatine, care provoacă tulburări rinolalice cuprinse şi sub denumirea de ***palatolalie***, determină o nazalitate accentuată şi o tulburare articulatorie pronunţată. Gutzman, Seeman, Hvatţev, Arnold sunt de părere că palatolalia este o dislalie mecanică în care predomină deficienţele în pronunţarea sunetelor. În această situaţie, vălul palatin nu-şi poate îndeplini funcţia de separare a cavităţii bucale de cea nazală şi nici să închidă orificiul respectiv prin mişcări sincronice, ceea ce duce la schimbarea istmului velo-faringian şi, prin aceasta, rezonanţa sunetului este afectată. Astfel, apare nazalizarea. Spre deosebire de dislalie, în rinolalia organică, tulburările de pronunţie se extind atât asupra consoanelor, cât şi asupra vocalelor. În felul acesta, au loc deformări, substituiri, omisiuni de sunete cu un mare grad de labilitate. Consoanele explozive, dar mai cu seamă cele surde, sunt înlocuite cu sunete nedesluşite, care iau naştere prin participarea glotei sau mai exact printr-un „coup de glotte". Mai puţin afectate sunt consoanele p şi b, t şi d, dar în multe situaţii b este înlocuit cu m, iar d este înlocuit cu n; t este omis. În palatolalie, consoanele orale se pronunţă cu un accent nazalizat sau pur şi simplu sunt omise din vorbire. Frecvent, sunt omise şi consoanele c–g, acestea fiind înlocuite cu nişte sunete asemănătoare celor parazitare din vorbirea normalilor (îî). Consoanele fricative sunt pronunţate cu un accentuat suflu nazal (deperdiţie nazală), ceea ce duce la afectarea profundă a sonorităţii fricative, prezenţa

componentei nazale devenind supărătoare. Sunetele cele mai afectate, ca de altfel şi în dislalie, sunt cele din grupa siflantelor, deoarece pronunţarea lor presupune o undă a suflului puternică şi concentrată care nu se poate realiza din cauza scurgerii aerului prin cavitatea nazală. În cazul acesta, siflantele sunt omise, dând impresia că se „pierd" pe parcursul pronunţiei sau că sunt înlocuite cu un sunet „spart".

Spre deosebire de această accentuată labilitate, caracteristică rinolaliei, când, de fapt nu pot fi prevăzute tipurile de manifestări (substituiri, omisiuni etc.), orice fiind posibil şi chiar diferit de la un caz la altul, în dislalie, după cum s-a văzut, deformările, omisiunile, substituirile şi chiar adăugirile se produc după unele reguli, cum ar fi:

- substituirea unui sunet cu un alt sunet apropiat, ca emisie, care presupune mişcări ale elementelor aparatului fonoarticulator relativ asemănătoare;
- deformarea sunetelor cu un grad mare de dificultate în emitere şi o sincronizare mai deosebită între componentele aparatului fonoarticulator;
- omiterea sunetelor „dificile" şi care apar mai târziu în dezvoltarea ontogenetică a copilului;
- omiterea, deformarea şi substituirea sunetelor care se află în grupuri consonantice bi- şi trisilabice;
- frecvent, dislalia se localizează la nivelul sunetelor, în timp ce rinolalia se poate extinde şi la nivelul silabelor.

În rinolalia deschisă sunt afectate, mai mult sau mai puţin, şi vocalele, în timp ce în dislalie, tulburările lor sunt rar întâlnite sau sunt neînsemnate. Cel mai profund sunt afectate vocalele î, i, u, iar cel mai puţin, vocala a. Prin tulburarea vocalelor, vorbirea devine deosebit de dezagreabilă, datorită prezenţei accentului exagerat. S. Borel-Maisonny arată că prin aceasta, vocea capătă un timbru atât de neplăcut încât se poate compara cu pronunţarea dintr-un butoi.

În rinolalia deschisă, cel mai puţin sunt afectate sunetele m şi n, deoarece pronunţarea lor normală se efectuează prin participarea preponderentă a căii nazale.

Fenomenele specifice rinolaliei organice deschise se întâlnesc şi la rinolalicii de tip funcţional, numai că amploarea şi gravitatea sunetelor tulburate sunt mai diminuate. În rinolalia deschisă funcţională, apar fenomene frecvente şi inversări de sunete sau silabe, ca urmare a lipsei de sincronizare şi precizie a aparatului

fonoarticulator în timpul emisiei. În dislalie, apar fenomene similare şi datorită lipsei de exerciţiu a aparatului fonoarticulator.

Spre deosebire de rinolalia deschisă, în rinolalia închisă sunt prezente, pe lângă tulburarea de pronunţie şi deficienţele de rezonanţă nazală, în sensul lipsei rezonanţei nazale, provocată de suflul de aer care nu poate parcurge cavitatea nazală. În cazul acesta sunt afectate, în primul rând, sunetele nazale (m şi n), care erau mai puţin tulburate în rinolalia deschisă. Sunetele nazale, fie că sunt omise, fie că sunt substituite cu b şi d. În rinolalia închisă de tip organic, unda expiratorie este împiedicată total sau parţial să iasă pe cale nazală, din cauza unor deficienţe ale cavităţii faringo-nazale provocate de vegetaţiile adenoide, polipi, deviaţii de sept etc. După adenoidectomizare se diminuează „sforăitul" nazal, dar se poate menţine nazonarea sunetelor. Sforăitul nazal influenţează pronunţia majorităţii sunetelor şi în special a celor siflante. Şi hipoacuzia poate determina fenomene rinolalice, dar predomină tulburările de pronunţie caracteristice dislaliei prin substituirea majorităţii sunetelor cu consoanele: p, b, v, g, s, j. Rinolalia închisă de tip funcţional apare în urma funcţionării defectuoase a muşchilor sau a vălului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal în timpul pronunţării sunetelor nazale. Obişnuinţa şi lipsa de exersare, ca şi fenomenele de imitaţie şi de lipsă a controlului auditiv, pot determina o vorbire cu caracter rinolalic.

Calea nazală poate fi blocată în zone diferite şi, în funcţie de această localizare, rinolalia închisă se clasifică în ***anterioară*** şi ***posterioară***. În rinolalia închisă anterioară sunt blocate narinele, astfel încât nazo-faringele nu poate comunica cu exteriorul prin intermediul cavităţii nazale. În această formă de rinolalie, principala caracteristică este aceea că sonoritatea sunetelor m şi n apare foarte ştearsă. Profund afectată este şi respiraţia, ceea ce influenţează întreaga vorbire a rinolalicului. La blocarea nazo-faringelui apare rinolalia închisă posterioară. La subiecţii cu o astfel de rinolalie, sunetele m şi n sunt omise sau înlocuite. De obicei, înlocuirea lui m se face cu b, iar a lui n cu d. Respiraţia este tot atât de afectată ca şi în cazul rinolaliei închise anterioare. Desigur, respiraţia deficitară influenţează negativ şi sănătatea subiectului (M. Sovak).

În rinolalia mixtă, întâlnim la acelaşi subiect atât fenomenele caracteristice rinolaliei deschise, cât şi particularităţi ale celei închise, ca urmare a prezenţei anomaliilor de închidere a căilor nazale sau a obstrucţiei acestora. Natura cauzelor care provoacă rinolalia mixtă poate fi organică sau funcţională. Ea poate fi determinată de

despicături congenitale, care se pot extinde asupra buzei, maxilarului şi cavităţii nazale, de vegetaţiile adenoide, de deviaţiile de sept, de hipotonia velară funcţională etc. Există o mare labilitate în ceea ce priveşte sunetele afectate. Astfel, rinolalicul poate pronunţa, relativ bine, într-o situaţie şi poate deforma, substitui sau inversa acelaşi sunet, în altă situaţie. Vocea rinolalicilor din această categorie are caracteristici nazale, este lipsită de forţă şi dă impresia că se atenuează spre sfârşitul pronunţării cuvântului, deoarece scade intensitatea vocii. Sonoritatea deficitară, care provoacă tulburarea vocii, este numită de Hvatţev „fonfăire " şi se întâlneşte nu numai în rinolalia mixtă, dar şi în cea închisă sau deschisă, indiferent că este de natură organică sau funcţională.

Tulburările dislalice prezente în rinolalie au un caracter variat, datorită nu numai vârstei, nivelului de dezvoltare psihică şi mediului socio-cultural în care trăieşte logopatul, dar mai cu seamă sunt în funcţie de cauza care a provocat rinolalia, de momentul intervenţiei medicale şi de rezultatele ei, cât şi de particularităţile de personalitate ale subiectului. Astfel, în acelaşi tip de rinolalie, la un subiect se pot întâlni forme uşoare şi parţiale de omisiuni ale unor sunete (cum sunt cele din categoria siflantelor şi fricativelor), în timp ce la alt rinolalic, cu acelaşi diagnostic, pot exista fenomene accentuate de paradislalie şi diverse tipuri de deformări ale sunetelor (în primul rând ale labio-dentalelor, siflantelor, fricativelor etc.), cât şi omisiuni care fac vorbirea neinteligibilă.

În deficienţele anatomice, fenomenele principale care determină tulburările dislalice sunt: zgomotul anormal produs de glotă, suflul nazal în timpul pronunţiei, suflul răguşit şi nazonarea sunetelor. Zgomotul glotic apare, mai ales, la rinolalicii cu despicătură de văl palatin şi duce la afectarea consoanelor p, d, b, t, c, g, f, v, h, s, ş, z, j. Suflul nazal provoacă cele mai caracteristice fenomene dislalice şi, ca urmare, majoritatea sunetelor sunt omise, deformate şi substituite, cu excepţia consoanelor nazale m şi n. Prin suflul răguşit sunt omise, preponderent, consoanele (ş, s, f, j, ce, ci, ge, gi) şi mai rar consoanele r şi l. Nazonarea sunetelor determină o voce cu un aspect dezagreabil, caracterizată prin răguşeală, îngroşare şi prin înfundare.

În cazurile când la acelaşi rinolalic sunt prezente toate cele patru caracteristici, vorbirea este profund alterată, iar înţelegerea ei devine imposibilă. Şi mai grav este faptul că nici rinolalicii respectivi nu reuşesc să înţeleagă bine vorbirea persoanelor normale.

Terapia logopedică a rinolaliei poate fi începută şi înainte de intervenţia chirurgicală, dar rezultatele cele mai bune se obţin după ce a fost înlăturată sau ameliorată cauza care a provocat tulburarea de vorbire. Un rol deosebit de important îl are folosirea exercițiilor cu caracter general (care sunt descrise pentru corectarea dislaliei), pe care logopedul le foloseşte nu numai pentru pregătirea handicapatului, în vederea utilizării eficiente a metodelor şi procedeelor logopedice, dar şi concomitent cu acestea. Aşadar, se pot stabili etape (N. Toncescu) pentru corectarea rinolaliei: o primă etapă este cea pregătitoare, în care se vor aplica metode şi procedee de pregătire psihică şi fizică a handicapatului pentru activitatea logopedică; a doua etapă constă în crearea unui tonus afectiv favorabil corectării rinolaliei, iar în a treia, se fac o serie de exerciţii logopedice, după principiul corectării dislaliei, pentru ameliorarea sunetelor afectate, ulterior consolidate în cuvinte. Într-o ultimă etapă, are loc exersarea sunetului corectat în propoziţii şi povestiri, în scopul automatizării şi autocontrolui. Spre deosebire de dislalie, în rinolalie activitatea logopedică trebuie să înceapă din perioada formării vorbirii copilului. Este indicat ca la intrarea în şcoală, copilul să fie tratat nu numai medical, dar şi logopedic, pentru a se crea condiţii de dezvoltare armonioasă a personalităţii. Dacă din anumite motive, intervenţia chirurgicală are loc mai târziu şi vârsta subiectului impune etapele de parcurgere a constituirii şi dezvoltării vorbirii, se poate interveni prin terapie logopedică şi se poate continua, cu rezultate bune, după „repararea" sau ameliorarea medicală a deficienţei aparatului de emisie. De remarcat că, perioada de vârstă, apreciată ca fiind cea mai potrivită pentru o intervenţie chirurgicală, este diferită de la un specialist la altul. Aprecierile sunt atât de diferite, încât intervalul de vârstă cronologic• variaz• între 1 ½ - 2 ani până la 11 – 12 ani. Raţiunile sunt legate de dificultatea unor astfel de operaţii, de rezistenţa subiectului la o asemenea intervenţie, de necesitatea de a crea un aparat de emisie valid cât mai de timpuriu ş.a.

3. *Relaţie şi ierarhizare în disartrie*

Şi în cazul disartriei, ca şi în cel al rinolaliei, sunt o serie de manifestări asemănătoare dislaliei, dar ele sunt mult mai accentuate, mai grave şi cu implicaţii extinse în desfăşurarea conduitei verbale.

Această situaţie este determinată de etiologia disartriei, în care se remarcă, pe prim plan, disfuncţionalităţile căilor centrale şi afecţiunile nucleilor nervilor care iau parte la desfăşurarea actului de pronunţie, apărute, frecvent, în urma unor boli ale creierului sau a leziunilor de la nivelul acestuia. Ca urmare a acestei etiologii, disartria mai este numită şi dislalie centrală. Fiind atât de complexă, o atare etiologie, ca şi efectele ei, nu se opresc numai la nivelul pronunţiei, ci perturbă întreaga comunicare, precum şi disponibilitaţile subiectului de mânuire corectă a componentelor verbale. Astfel, la tulburările de pronunţie, în disartrie se adaugă şi dificultăţile care determină o vorbire neclară şi confuză prin prezenţa disritmiilor verbale, a monotoniei, a rezonanţei nazale, a disfoniei, în care deficienţele vocii parcurg un traseu regresiv, odată cu înaintarea în vârstă. ***Ca o primă notă specifică disartriei, se poate remarca decalajul dintre vorbirea expresivă, ce este profund afectată, şi vorbirea impresivă, care se conservă mai bine şi care permite înţelegerea, relativ bună, a comunicării verbale.***

Afecţiunile cerebrale produse la nivelul diferitelor zone şi etaje ale creierului nu perturbă numai limbajul în sine, ci şi toate elementele implicate, într-un fel sau altul, la producerea acestuia. Spre exemplu, mişcările fine şi chiar grosiere nu au precizia şi echilibrul desfăşurării sincrone şi economicoase, adecvate scopului urmărit. Mişcările aparatului fonoarticulator, mişcările implicate în respiraţie şi fonaţie, cele legate de kinestezia mâinii (cu implicaţii şi în desfăşurarea scrisului) etc, nu răspund eficient comenzilor centrale şi nu pot fi controlate în toate împrejurările în care se impun, agravând neinteligibilitatea vorbirii disartricului. De cele mai multe ori, subiectul disartric este conştient de aceste dificultăţi, ca şi de cele care-i afectează vorbirea, ceea ce îl face să depună un efort mai mare pentru înlăturarea lor, dar, paradoxal, tensiunea psihică şi neputinţa depăşirii acestor dificultăţi, determină accentuarea dereglajului verbal şi psihoneuromotor.

Dată fiind existenţa unor tulburări de pronunţie supradimensionate, diagnosticul diferenţial, în disartrie, nu este atât de simplu cum pare la prima vedere. Nu este uşor de pus în evidenţă specificul afecţiunilor cerebrale şi mai ales localizarea acestora la zone bine delimitate, implicaţiile diferitelor segmente cerebrale în producerea procesului verbal, cât este afectată pronunţia (specifică dislaliei) şi alte caracteristici ale limbajului, ca urmare a acestora ce se regăsesc în categorii de tulburări diferite de cele de pronunţie. De aici,

posibile confuzii între disartrie şi retardul verbal al deficienţilor de intelect (unde poate fi o etiologie asemănătoare), dar mai ales confundarea cu afazia motorie şi alalia, unde există şi o simptomatologie apropiată ca formă de manifestare a dificultăţilor verbale şi nu numai atât. Autori ca H. Gutzman (1911), iar mai târziu, Arnold şi Leapedevski au făcut eforturi de definire a disartriei, prin relevarea nu numai a simptomatologiei caracteristice dislaliei, cât şi prin sublinierea fenomenelor ce ţin de deteriorarea inteligibilităţii, odată cu afectarea caracteristicilor generale în organizarea structurilor verbale. Pe acest plan, şi în literatura de specialitate contemporană se evocă numărul relativ mare de naşteri a copiilor cu I.M.C. (infirmitate motorie cerebrală), paralizii cerebrale şi care manifestă deficienţe complexe în palierele verbal, intelectual, senzorial şi motric, determinând, astfel, confuziile între tipurile de deficienţe.

Pentru a depăşi aceste dificultăţi de delimitare a disartriei de alte categorii de tulburări ale limbajului şi chiar de precizarea locului ocupat de aceasta în cadrul tulburărilor de pronunţie, o serie de autori recurg la sublinierea „complicaţiilor" psihice care pot fi generate de disartrie, sau, mai bine zis, de structuri neuropatologice specifice disartriei. Aceste caracteristici psihice însoţesc dificultăţile verbale; între ele există a relaţie de intercondiţionare, ceea ce înseamnă că, accentuarea şi gravitatea produc efecte negative şi în celelalte paliere. Acesta este şi motivul pentru care putem vorbi de dificultăţi generale ale activităţii psihice la disartrici şi de tulburări ale componentelor legate direct de funcţionalitatea psihică. În această ordine de idei, se disting următoarele categorii principale de disfuncţionalităţi–tulburări psihice care însoţesc disartria:

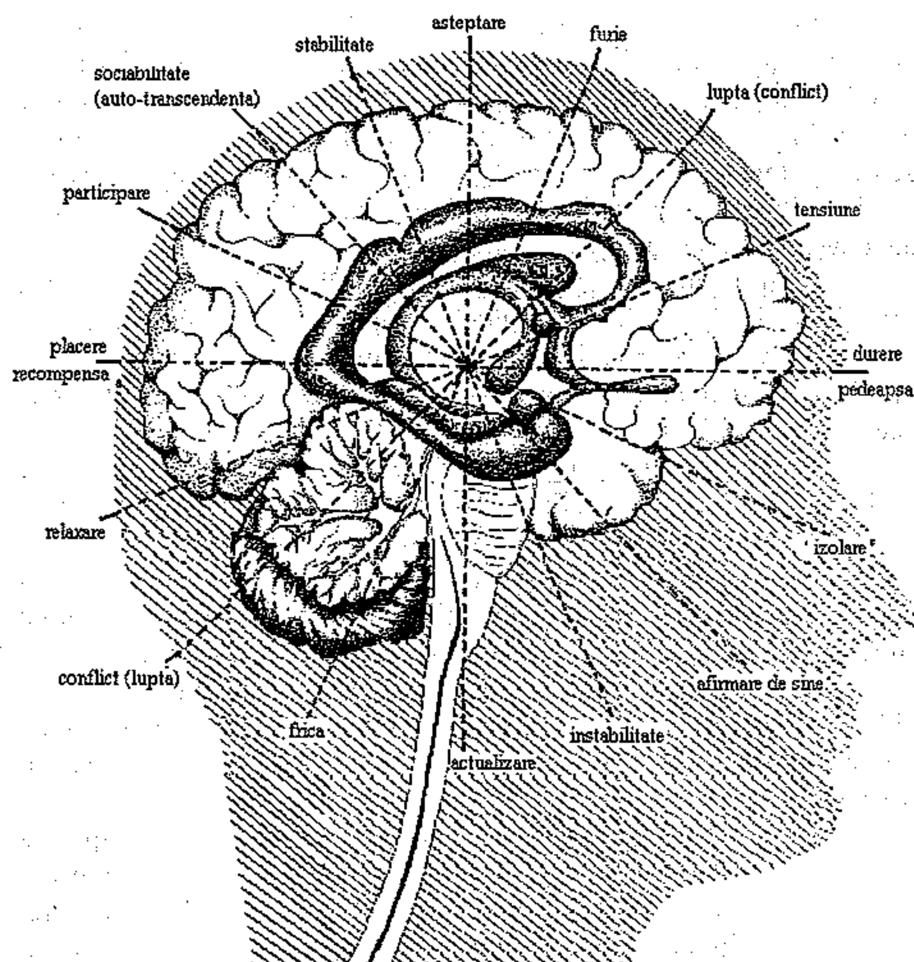
a. Retardul mintal; acesta poate fi grav, îmbrăcând forma unei deficienţe de intelect, dar mai frecvent, o întârziere mintală determinată şi de lipsa limbajului şi a comunicării, fără a fi o deficienţă de tip oligofrenic. În acest ultim caz, subiectul face progrese şi pe linie intelectuală, odată cu progresele înregistrate la nivelul limbajului şi la nivelul întregii activităţi psihice. Totuşi, trebuie subliniat că afecţiunile cerebrale, care generează fenomenul disartric, determină şi alte deficienţe, inclusiv debilitatea mintală propriu-zisă. Unii autori (R. West, A. Carr, 1957) estimează existenţa debilităţii mintale la 30 % din totalul disartricilor, în timp ce restul sunt normali din punct de

vedere intelectual, iar o parte din aceştia se bucură chiar de o inteligenţă superioară.

b. <u>Tulburările senzoriale;</u> se produc, fie prin lezarea centrilor nervoşi, fie prin afecţiunea căilor senzoriale, care perturbă recepţia şi răspunsul adecvat la stimulii din mediul înconjurător. Ca atare, însuşirea şi manifestarea limbajului se realizează cu dificultate.

c. <u>Tulburările de motricitate şi psihomotricitate</u> ocupă un loc special în cadrul activităţii disartricului, ele fiind cele mai evidente şi mai extinse după dizabilităţile verbale. Ca atare, este afectat mersul şi mişcările generale de executare a unor acţiuni localizate la nivelul unor segmente ale corpului sau pot cuprinde întreaga motricitate. Mişcările fine, care se realizează sub un control central mai pronunţat, sunt cele mai afectate şi cum ele sunt implicate în producerea diferitelor forme de limbaj, distorsiunile acestuia sunt direct proporţionale cu tulburările psihomotricităţii. Spre exemplu, deficienţa muşchilor aparatului fonoarticulator, a celor intercostali şi abdominali, a diafragmului şi imposibilitatea coordonării lor de către etajele superioare ale creierului, determină dificultăţi majore în emiterea sunetelor şi, mai ales, a cuvintelor. În aceste condiţii, fenomenele de spasticitate se extind şi la nivelul kinesteziei mâinii, a falangelor îndeosebi, ceea ce determină dificultăţi şi la nivelul formării deprinderilor de scris.

d. <u>Tulburările afective</u> au la bază lipsa de echilibru între excitaţie şi inhibiţie, ca şi imposibilitatea stăpânirii acestor procese.Ca urmare, trăirile afective, emoţiile, afectele, dispoziţiile şi sentimentele etc. nu pot fi stăpânite, ceea ce face să nu corespundă neapărat factorului declanşator sau să se manifeste exacerbat în împrejurări neadecvate care nu pot fi desprinse din contextul general al acestor trăiri psihice, coordonate de centrii corticali superiori (vezi imaginea următoare). La acestea se mai adaugă şi faptul că, de cele mai multe ori, disartricul este conştient de dificultăţile ce le întâmpină, dar nu încearcă să le depăşească şi astfel, frământările şi tensiunile interioare îi bulversează şi mai mult planul afectiv.



e. Tulburările psihosociale privesc dificultățile subiecților disartrici în adaptarea la mediul înconjurător şi în formarea autonomiei personale. De cele mai multe ori, ei nu îşi pot forma deprinderi de autoservire şi igienico-sanitare care să la confere independență față de cei din jur, nu îşi dezvoltă abilități practice de activitate profesională, deoarece dificultățile motricității depăşesc posibilitățile lor de autocontrol.

În altă ordine de idei, trebuie subliniat faptul că gravitatea acestor complicații psihice, ca şi formele şi simptomatologia disartriei, sunt influențate de factorii etiologici ce pot provoca leziuni de anumite profunzimi şi întinderi diferite la nivelul sistemului nervos central. Astfel, putem vorbi de mai multe categorii de factori etiologici care, ca şi în situațiile altor tulburări de limbaj, acționează în diferite etape ale devenirii subiectului:

1. în etapa prenatală pot acționa factori nocivi, de tipul infecțiilor virotice, boli ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, diabetul, iradierea radiologică, unele tulburări psihice grave ale gravidei etc. care au un impact mai mare asupra fătului, cu cât vârsta acestuia este mai mică.

2. în etapa perinatală, dificultățile sunt determinate de naşterile grele, prelungite şi de asfixii, de prematuritate (naşterile cu mult înainte de termen şi cu o greutate prea mică a fătului);

3. în etapa postnatală pot interveni şi mai mulți factori negativi: stări grave de icter prelungit, stări convulsive, intoxicații cu substanțe chimice, apariția unor boli somato-psihice grave ş.a.

În raport de aceste cauze, se produc leziuni şi paralizii centrale diferite, după care, în literatura de specialitate, sunt descrise mai multe forme de disartrie, dar noi ne vom referi la cele mai des invocate şi cu frecvență mai mare:

1. Disartria corticală se produce prin apariția deficiențelor de la nivelul scoarței cerebrale, care pot avea la bază meningoencefalita, tulburări vasculare, traumatisme cranio-cerebrale; Acestea provoacă, în plan verbal, nu numai dificultăți de pronunție a sunetelor şi cuvintelor, dar şi accentuate tulburări de ritm şi fluență a vorbirii, de voce şi de melodicitate a vorbirii.
2. Disartria subcorticală, în care predomină tulburările căilor extrapiramidale, de unde şi existența unor subforme de disartrie piramidală şi de disartrie extrapiramidală; Ele prezintă, în plan verbal, o simptomatologie relativ similară. Aceasta cuprinde, printre altele, tulburări de pronunție (în care se găsesc toate fenomenele de tip dislalic), vorbire de tipul rinolaliei, tulburări de voce, de ritm şi de fluență a vorbirii, retard verbal şi dificultăți de comunicare prin mimică şi gestică.

3. Disartria cerebeloasă, determinată de leziuni ale cerebelului şi ale căilor cerebeloase. Vorbirea este afectată nu numai sub raportul articulației, ci şi sub cel al intensității emiterii (poate fi prea slabă sau prea puternică), dar fundamental-reprezentativ pentru această formă de disartrie este vorbirea neclară, monotonă, bolborosită, greu de înțeles.
4. Disartria bulbară, caracterizată prin tulburările neuronilor motori şi ai nervilor din bulb, are efecte negative în coordonarea mişcărilor limbii, a faringelui şi a laringelui, a celor legate de respirație şi de inervare a cavității bucale. Ca urmare a tulburărilor organice, se produc paralizii bulbare cu efecte dizgrațioase asupra mişcărilor faciale (ticuri, strâmbături, schimonoseli) care însoțesc vorbirea. În acest caz, dificultățile de pronunție sunt marcate, în primul rând, de afectarea sunetelor mai greu de pronunțat, cum este cazul siflantelor şi şuierătoarelor, a sunetului r, a celor labiale (p, b, m) şi labiodentale (f, v) etc. Dar nu lipsesc şi alte tulburări, cum sunt cele ale vocii, ritmicității şi respirației.
5. Disartria pseudobulbară, este marcată de afecțiuni ale căilor cortico-bulbare, de unde şi apariția de paralizii totale sau parțiale la nivelul buzelor, limbii, vălului palatin şi a coardelor vocale. Ca urmare, vorbirea este tulburată sub aspectul pronunției, fonației, rezonanței, ritmicității şi preciziei. În această formă de disartrie, sunt prezente şi tulburări de coordonare a muşchilor şi un dezechilibru pronunțat la nivelul sincronizării expir-inspir, afectând, astfel, şi mai mult emiterea verbală.

O altă clasificare a disartriei este realizată de Morselli, în: organică şi funcțională; În cele organice, se pune accent pe modificările de structură de la nivelul sistemului nervos central, iar cele funcționale țin de neurodinamica acestuia. Această clasificare este mai rar folosită, pentru că între cele două forme este dificil să se traseze o demarcație netă, atâta timp cât la acelaşi individ, afirmă R.E. Levina, se găsesc, în proporții diferite, şi tulburări organice şi funcționale.

În concluzie, sub aspectul vorbirii, în toate formele de disartrie, pot fi întâlnite incapacități totale sau parțiale care evoluează

de la o fenomenologie de tip dislalic, până la cea de tipul anartriei. La acestea, se adaugă și alte forme de tulburări ale limbajului și comunicării, atât sub raportul formei de manifestare (al expresiei), cât și sub raport semantic (al impresiei).

4. *Relația dintre tulburările de pronunție și tulburările limbajului citit-scris*

Tulburările limbajului scris-citit pot apărea și în lipsa deficiențelor de pronunție. Dar, la majoritatea dislalicilor, rinolalicilor și disartricilor apar fenomene de transpunere a omisiunilor, deformărilor și substituirilor din vorbirea orală și în vorbirea scrisă. În citit, fenomenele caracteristice tulburărilor de pronunție se reflectă în mod direct și mai pregnant. În astfel de situații, logopatul întâmpină dificultăți sporite în realizarea comunicării și în recepția limbajului. Dacă acesta este școlar (unde, de altfel, aceste fenomene sunt mai frecvente), dificultățile sale din sfera limbajului se reflectă negativ asupra activității școlare, în special, și asupra comportamentului său, în general.

În literatura de specialitate sunt incriminate două categorii de factori generali care pot determina tulburările dislexice și disgrafice:

1) ***factori care aparțin subiectului***

2) ***factori care țin de mediul*** în care trăiește și își desfășoară activitatea subiectul. În prima categorie sunt cuprinse deficiențele de ordin senzorial, de motricitate și psihomotricitate, de organizare și structură cerebrală, de lateralizare și ambidextrie, gradul dezvoltării intelectuale, starea sănătății, reacțiile nevrotice, factori motivaționali, instabilitatea emoțională, deficiențe pe linia activității școlare care duc la slaba însușire a informațiilor predate ș.a. Din a doua categorie fac parte factorii care se referă la slaba integrare în colectiv, nivelul scăzut, din punct de vedere socio-cultural al familiei, dezorganizarea familiilor și lipsa de preocupare pentru activitatea de învățare, metode și procedee necorespunzătoare utilizate în învățarea scris-cititului, atitudinea nestimulativă a cadrelor didactice pentru învățătură etc.

Ca urmare a atâtor cauze, avem de-a face cu o varietate mare a manifestărilor tulburărilor lexico-grafice. Dacă avem în vedere și ***influențele negative exercitate de tulburările de pronunție asupra***

însuşirii scris-cititului, manifestarea formelor de disgrafie-dislexie capătă caracteristici tot mai complexe. Unii autori, printre care G. E. Arnold şi G. Mottier, sunt de părere că tulburările de articulaţie, cele gramaticale şi cele de parafazie, care apar în manifestările dislexice şi disgrafice, alături de simţul redus sau deficitar pentru muzică, alcătuiesc un mănunchi de trăsături caracteristice pentru deficienţii disfazici şi disgnostici. În cazuri mai dificile apar şi alte fenomene, ca atenţie auditivă redusă şi o scăzută capacitate de memorare. A.S.Clark (1923), S. Mc.Cauley (1925), S. D. Roblins (1935), R. W. Metraux (1942), H.H. Beebe (1944), G. Beldaan (1961) au remarcat legătura dintre performanţele auditive reduse ale capacităţii de memorizare de scurtă durată şi percepţia vizuală, însuşirea regulilor ortografice şi erorile de exprimare care derivă din această deficienţă.

Existenţa fenomenelor dislexice şi disgrafice, agravate de tulburările de pronunţie ce se reflectă în scris-cititul logopatului, ne determină să subliniem caracteristici specifice debilităţii generale pentru vorbire, pe care o înţelegem ca având influenţe defavorabile atât în sfera comunicării expresive, cât şi în cea manifestă. Nadoleczny şi Arnold au descris acest fenomen prin investigarea unui mare număr de dislexici şi disgrafici la care se manifestau tulburări fie numai în sfera scris-cititului, fie atât în scris-citit, cât şi în articulaţia şi ritmul vorbirii. G. E. Arnold (1970, pag. 518-519) constată că bâlbâiala (şi fenomenele ei secundare) nu se înrudeşte direct cu dislexia şi disgrafia, nici în privinţa cauzelor şi nici a consecinţelor. Manifestările caracteristice bâlbâielii (şi bolboroselii) pot constitui, după Arnold, expresii suplimentare şi paralele ale deficienţelor de aptitudine. Asemenea cazuri de tulburări combinate, afirmă el, sunt determinate de către „sindromul supraordonat al debilităţii congenitale pentru vorbire".

Cercetările efectuate de noi, ne-au dus la concluzia că sunt unele diferenţe între manifestările de tip dislalic şi alte tulburări de vorbire implicate în generarea dislexo-disgrafiei Dar, formele dislaliei parţiale de tipul sigmatismului şi parasigmatismului, a rotacismului şi pararotacismului etc., se pot transpune, frecvent, în limbajul citit-scris şi care, de cele mai multe ori, se corelează cu deficienţe ale percepţiei auditive, a unei slabe capacităţi de memorare auditivă, astfel încât acestea agravează disabilităţile citit-scrisului.

În funcţie de modul în care se realizează această relaţie dintre tulburările de pronunţie, în general, şi cele dislalice, în special, cu modelul de elaborare a citit-scrisului se poate desprinde un principiu

particular. Astfel, transpunerea fenomenelor dislalice în vorbirea citită şi scrisă se produce pe baza principiului asemănării, apropierii şi contagiunii. Astfel, prin asemănare au loc o serie de substituiri, omisiuni şi inversiuni de litere şi de grafeme. Aceleaşi fenomene se produc în vorbirea orală şi se pot reflecta, la unii dislalici, în scris şi în citit. În transpunerea fenomenelor dislalice în citit şi în scris, asemănarea se produce pe cale auditivă şi vizuală. Omisiunile şi substituirile sunt cele mai frecvente în vorbirea orală, ceea ce face ca şi în scris-citit, adesea, să se manifeste adeseori. În schimb, în cadrul inversiunilor, la nivelul vorbirii orale, fenomenul de inversare se produce, frecvent, între sunete şi, mai rar, între cuvinte, iar în scris, inversarea cuvintelor este mai des întâlnită. Desigur, nu există o regulă obligatorie ca toate fenomenele caracteristice în dislalie să apară în limbajul scris-citit. Practica logopedică dovedeşte, însă, că în majoritatea cazurilor de dislalie apar, mai mult sau mai puţin, asemenea deficienţe în scris-citit. Nu trebuie neglijat nici faptul că dislexia şi disgrafia pot exista şi la unii logopaţi, care nu manifestă tulburări de pronunţie sau de articulare. Această afirmaţie poate fi susţinută prin observaţia că există un fenomen mai rar întâlnit la dislalici, şi anume acela al adăugirii de sunete în pronunţarea cuvintelor, dar care apare mai frecvent în limbajul scris. Într-un studiu efectuat pe un număr mare de subiecţi, urmărindu-se modul de transpunere a greşelilor din limbajul oral în limbajul scris, a rezultat că ponderea omisiunilor, înlocuirilor şi adăugirilor este diferită, atât la un anumit subiect, cât şi la totalul lotului investigat (fig. 15) (C. Păunescu, C. Calavrezo, E. Verza şi colab, 1967).

omisiuni
-5 225 -

{
i-2416
n- 541
î-300
e-242
l-180
u-139
a-136
t-122
ă-106
r-83

vocale 60%

înlocuiri – 1956-		ă-a-349 ş-s-313 ţ-t-286 m-n-134 n-m-109 e-i-105 i-e-85 e-ă-80 a-ă-63 s-ş-53 ă-o-39 î-i-36 o-a-31 l-r-28 r-l-32 e-a-24 e-g-21	vocale 49%
adăugiri – 1036-		i-811 l-68 e-58 î-45 r-84 a-19 ă-11	vocale 85 %

Fig. 15

Imaturitatea vizual-perceptivă, atât de frecvent incriminată în dislexie-disgrafie, joacă un rol important şi în perturbarea pronunţiei, din cauză că, pe baza ei, nu se poate efectua imitarea poziţiei adecvate a aparatului de fonoarticulaţie în perioada însuşirii pronunţiei. Dar pentru însuşirea în ontogeneza timpurie şi chiar mai târziu a pronunţiei, rolul dominant îl are maturitatea auditiv-perceptivă, care intervine, în egală măsură, în citire şi în scrierea după dictare. Ţinând seama atât de complexitatea limbajului oral şi scris, cât şi de cea a structurilor morfo-funcţionale implicate în producerea şi recepţia lui, putem vorbi de o ierarhizare a sistemelor senzoriale participante la elaborarea, asimilarea, dezvoltarea şi evoluţia acestui proces. Astfel, la dislalici şi la dislexici-disgrafici, pot fi constatate, mai mult sau mai puţin, deficienţe vizual-auditive, vizual-chinestezice şi vizual-tactil-

kinestezice. În cazul deficienței auditive, nu numai că vorbirea se însușește cu greutate, dar apar și dificultăți în discriminarea acustică și în memorarea fonemelor și a cuvintelor, iar deficiențele pe traiectul vizual determină perceperea și memorarea vizuală slabă sau deformată, carență în diferențierea formelor vizuale complexe.

Analizând etiologia dislexiei și disgrafiei, Mac Donald Critcheley arată că factorii lingvistici și pedagogici au un rol secundar în tulburările lexice. Același rol îl poate juca bilingvismul în dislexie-disgrafie, dar el poate determina direct tulburările dislalice. Dificultățile lexice și grafice pot fi accentuate și de începerea prea de timpuriu a învățării citit-scrisului, de metodele de predare deficitare, care nu provoacă, în sine, tulburări dislexice-disgrafice, dar, așa cum subliniază Critcheley *„nu există o metodă anume de predare care să poată pricinui o condiție a dislexiei, dar, prin mijlocirea meritelor și a neajunsurilor, aceasta poate duce la o recunoaștere mai timpurie a dislexiei*" (1972, pag. 17).

S.S.Leapidevski (1964. pag. 237) distinge mai multe tipuri de disgrafii, în funcție de analizatorul lezat: acustice, optice, motorii și ideatorii. Forma cea mai frecventă este disgrafia de tip acustic, pe care noi o punem tocmai pe seama faptului că dificultățile din pronunție, ca urmare a slăbirii auzului fonematic, se transpun și în limbajul scris. Apar, astfel, în serie dificultăți de tipul inversării grafemelor, înlocuirea fonemelor sonore cu cele surde, omisiuni de litere, silabe și cuvinte, adăugarea unor terminații în plus, contopiri de cuvinte etc. În cadrul dificultăților de citire, Critcheley subliniază existența unor greșeli care pot fi întâlnite, adeseori, la dislalici și care denotă relația directă dintre dislalie și dislexie: incapacitatea pronunțării cuvintelor nefamiliare sau încercarea de a ghici structura lor fonetică, dificultăți în realizarea diferențelor dintre cuvintele relativ asemănătoare în scriere și pronunție, dificultăți în discriminarea diferențelor auditive ale cuvintelor și literelor, neînțelegerea integrală a celor rostite, pronunțarea incorectă a consoanelor și, uneori, a vocalelor, inversarea literelor, interpolarea unor foneme nepotrivite, omisiunea unor foneme și cuvinte, înlocuirea unor cuvinte prin altele, repetarea cuvintelor, plasarea greșită a accentului în cuvintele polisilabice ș.a.

O mențiune specială trebuie făcută în legătură cu capacitatea de înțelegere a conținutului celor vehiculate în vorbirea orală sau în cea scrisă. A rezultat că asemenea dificultăți le poate întâmpina și un subiect logopat, care nu prezintă deficiențe ale intelectului și că tulburările orale sau ale citit-scrisului pot să se instaleze și în afara

unor deficite de acest gen. Dar, atunci, cum se explică ele? Pot fi mai multe explicații, dar cea mai viabilă se referă la faptul că un astfel de subiect trăieşte, tensional, dificultățile pe care le are şi este urmărit de o continuă teamă de a nu greşi, de a nu face o impresie proastă asupra auditorului sau cititorului. Din aceste motive, el se centrează, exagerat, asupra emiterii sunetului, a cuvântului (critic) sau asupra modului de alcătuire a fiecărui grafem şi literă, în detrimentul conținutului textului. La subiectul fără tulburări de limbaj, emiterea, scrierea şi citirea se desfăşoară în lipsa unui autocontrol permanent, din cauză că s-au format deprinderi ce devin, cu timpul, tot mai automatizate şi nu este nevoit să-şi distribuie atenția pe mai multe direcții, permițând o percepere ideativă cât mai completă. Se ştie, din psihologie, că actele automatizate şi deprinderile supuse unui control exagerat din partea conştiinței, pot duce la perturbarea desfăşurării lor, deturnând subiectul de la alte activități care se produc concomitent. Aceasta nu exclude posibilitatea individului de a se autocontrola, atunci când este nevoie.

Fenomenul de înlocuire a unui cuvânt prin altul prezintă, uneori, un interes deosebit pentru surprinderea mecanismului intern de elaborare a ideilor şi a asociațiilor dintre ele. Despre o asemenea greşeală, Critcheley arată că : *„acesta este un tip comun, deşi foarte puțin analizat. Cititorul a identificat sensul termenului, dar a substituit o alternativă. Uneori, e aproape un sinonim. Cel mai des este folosit un termen sugerat de o asociație de idei.*" (1972,pag. 30).

Transpunerea fenomenelor dislalice în scris are loc, mai cu seamă, în dictări, dar şi în copierea unui text. Cu cât dislalia este mai accentuată, cu atât se manifestă mai pregnant în scriere şi în citire, unde predomină dificultățile, ca urmare a ortografiei – disortografiei (fig. 16a. şi 16b.).

Deşi predomină disgrafia de natură acustică, care explică reflectarea tulburărilor dislalice în scris, la debilii mintal, disgrafia motrică determină apariția scrisului ilizibil, neglijent, cu litere diforme şi de mărimi diferite, dublarea şi repetarea unor litere. ***Disortografia apare ca o consecință a dificultăților de învățare a ortografiei sau a necunoaşterii sensului şi semnificației cuvintelor***. Atunci când disortografia se caracterizează prin involuție, ea se datorează unor leziuni organice: *„Cititul implică recunoaşterea sensului unui cuvânt, dar dacă scoarța parietală nu poate organiza circuitele sale în schema formală a cuvântului, nu mai are prin ce să fie activat substratul natural al sensurilor. Pe de altă parte, schemele vizuale ale*

cuvintelor sunt cele care activează schemele motorii folosite în scriere. Alterarea circuitelor parietale, care organizează schemele vizuale ale cuvintelor, va tulbura, deci, şi scrierea, în aceeaşi măsură ca şi citirea." (N. Toncescu, 1967, pag. 68-69).

O vizită

Ionuț s-a trminat lectil. Și-a așezat frumos kcarțile și caite în
ghizdan. A adus apă și lemne pertu foc. Acum acun pate săjace cu
lipuia, șara lui mai mică. Rinica sas pe săunel și trace. Mama calca
mit rufel. În casa e curat. Tata lucrază pe afara. Se aude latatu.
unelile. Adi gasa tatai:
- Patin, tovarora invatatox, poti pati!
Usa se deriuti și înta învațatorața lui Ionut.
- Buras osți! Bine valart!
- Bine anvent, tovarasa învațatiore!
- Și, Iontut, am vut vad și iuc cu. Ionut arato îi arata tovarei
învațarerei masa lui lucu, carțe, caiețele, cuanu viemere apecete.
Tavorara învațatari se întaba și apoi pe mama cin si arta Ionuț aiasa.
Mama îi sune ca Ionuț e umite arnic. Torarasa învacare oni e mucinte
de cel auzite si puni Mamii:
- Ianut e prta cei dvin evi din casa. Întatab bine, e ustnat și își aute
colui.
Învatătasa x își ia bun și spasa. Ionut o urmrese cu d dag.

Fig.16a.

O vizită

Ionuț s-a terminat lecțiile. Și-a așezat frumos cărțile și caietele în ghiozdan. A adus apă și lemne pentru foc. Acum poate să se joace cu sora lui mai mică. Bunica stă pe scăunel și [illegible]. Mama calcă [illegible] În casă e curat. Tata lucrează pe afară. Se aude [illegible]

- Poftiți tovarăşa ~~[illegible]~~ învățătoare poftiți!

Ușa se deschide și intră învățătoarea lui Ionuț.

- Bucuros de oaspeți! Bine v-am găsit!
- Bine ați venit tovarășa învățătoare!
- Ei, Ionuț, am vrut să văd și eu unde stai tu.

Învățătoarei îi arată masa lui de lucru. Cărțile, caietele, [illegible] Ionuț le arata, [illegible] sunt frumos.

Tovarășa învățătoare întreabă apoi mama cum se poartă. Ionuț [illegible] Mama îi spune că Ionuț este cuminte și harnic. Tovarășa învățătoare [illegible] mulțumită de [illegible] și îi spune mamei!

- Ionuț e printre cei mai buni elevi din clasa.

Învață bine, e disciplinat și își ajută colegii.

Învățătoarea [illegible] Ionuț e un băiețel [illegible]

Fig.16b.

Greşelile pe care le fac debilii mintal în transcrierea limbajului oral în cel scris se datorează şi faptului că aceştia scriu cum pronunţă. De multe ori, regionalismele, formele dialectale, vocabularul necultivat se suprapun şi se interferează cu formele elevate ale limbajului, ceea ce denotă că debilul mintal nu reuşeşte să adopte o conduită verbală (orală şi grafică) supusă unui control conştient, bazată pe un autoreglaj constant. În cazul citirii cu voce tare, greşelile

comise prezintă o mare labilitate, fără ca deficientul de intelect să fie conştient de ele.

Unii autori sunt de părere că la copiii normali greşelile în transcrierea limbajului oral în cel scris se produc în proporţie de circa 40-50%, dar acestea nu afectează toate cuvintele care conţin fonemele ce sunt tulburate. La debilul mintal, deficienţele în pronunţarea fonemelor se transpun, în formă generalizată, asupra grafemelor şi literelor corespunzătoare din limbajul scris-citit.

Pe baza analizei şi prelucrării unor texte citite şi scrise (compunere şi dictare) ale unor şcolari dislalici, am putut surprinde principalele fenomene de transpunere a greşelilor din limbajul oral în limbajul scris-citit. Vom evidenţia, ceea ce este comun şi specific în citirea şi scrierea alb-negru, comparativ cu citirea şi scrierea în Braille:

1.Omisiuni de sunete, litere şi silabe. Frecvenţa cea mai mare, în vorbirea orală, la dislalici se manifestă la sunetele : **s, i, r, l, m, t, o, u, n, î, ş, z** şi la grupele **ae** şi **ea**. Atât în citirea şi scrierea alb-negru, cât şi în Braille apar asemenea omisiuni. Aceste caracteristici, cât şi cele la care ne vom referi, în continuare, au fost descrise, mai pe larg, pentru disgrafia în Braille, într-un studiu anterior, efectuat împreună cu G. Anastasiu (1973).

2.Omisiuni de cuvinte, propoziţii şi sintagme. Ca o caracteristică, omisiunile de cuvinte, propoziţii şi sintagme apar mai des spre sfârşitul compunerii şi al dictării, ca o consecinţă a instalării fenomenului de oboseală. În scrierea obişnuită, un asemenea tip de greşeală apare rar şi întâmplător. În scrierea Braille, omisiunile de acest fel apar cu o anumită constanţă, preponderent, atunci când scrierea nu este bine stăpânită. O altă cauză o poate constitui şi faptul că ideile şi gândurile subiectului au, în unele cazuri, o desfăşurare mai rapidă, , în comparaţie cu posibilităţile sale de transpunere în scris. În vorbirea orală (şi în citire), asemenea omisiuni apar mult mai rar ca în scris. Ele sunt, totuşi, frecvente la debilii mintal şi la deficienţii de auz.

3. Contopiri de cuvinte. Se constată că frecvenţa contopirilor de cuvinte este mai mare în dictări, raportată la compuneri. Contopirile nu se datorează faptului că subiectul aude un singur cuvânt sau că aude două cuvinte distincte, ci mai degrabă fenomenului de perseverare a deficienţelor pe linia auzului fonematic, ca şi datorită sensului cuvintelor.

4. Substituiri de foneme şi grafeme. Acest fenomen apare frecvent în scrierea Braille. De altfel, el are o frecvenţă mare şi în scrierea obişnuită. Cele mai dese substituiri sunt: u substituit cu ă (cănoaşte), i cu e, o cu u, o cu e, e cu i (dici), ă cu u (lumpi), x cu g (egmatriculat), t cu s (trecus), p cu m, l cu r, s cu z, a cu o (oparte), f cu p (prig), m cu c, v cu u, ă cu e, l cu b, ş cu c, g cu f, u cu e, p cu f, r cu l, b cu a, s cu p, s cu i, c cu m, (mopii), f cu d, z cu s, c cu g, p cu b etc.

Semnalăm faptul că substituirile subliniate au o frecvenţă mare şi în scrierea obişnuită. În scrierea Braille, înlocuirile se datorează diferenţelor mici dintre forma (punctată) unui grafem cu a altuia, formă asemănătoare (simetriei) între dispunerea punctelor din stânga faţă de cele din dreapta sau a simetriei de sus faţă de jos. Pe de altă parte, unele substituiri rezultă din nepunctarea fermă (clară) sau nesigură, ceea ce face să se perceapă, în timpul citirii, un alt grafem decât cel corect. Dacă în scrierea alb-negru unii autori explică tulburările limbajului scris, ca de altfel şi cele ale cititului, pe baza unor afecţiuni corticale şi tulburări ale văzului – care au fost deja incriminate în disgrafie de specialişti mai vechi, cum sunt Kussmaul, Morgan, Masson şi mai recent de Galiffet-Granger, Seeman, Tomatis – în Braille componenta vizuală nu poate explica fenomenele de disgrafie. De fapt, neputinţa de a explica disgrafia în scrierea Braille, pe baza unor tulburări vizuale, ne face să credem că rolul dereglărilor de văz a fost exagerat la disgraficul văzător. Un argument în plus îl constituie şi faptul că numai la unii indivizi, care au tulburări vizuale, apar tulburări ale limbajului scris. Sunt mulţi copii ambliopi care ajung să stăpânească scrisul tot atât de bine ca şi cei fără deficienţe de vedere.

Comparativ cu fenomenele de substituire, întâlnite la disgraficul şi dislexicul care scrie şi citeşte în alb-negru, la nevăzătorii care scriu şi citesc în Braille, aceste fenomene au un caracter labil mai pronunţat. Aceasta, deoarece confundarea literelor în Braille este mai mare şi mai variată, pe de o parte, iar pe de altă parte, coordonarea acustico-vizuală-kinestezică se reduce la diminuarea posibilităţilor de transpunere grafică, semantică şi lexică a ideilor transmise şi a gândurilor proprii. Credem că aprofundarea cercetărilor în această direcţie ar putea duce la surprinderea acelor reguli care determină substituirea ca fenomen constant în disgrafie.

5. Substituiri şi deformări de cuvinte. Aceste fenomene au, de asemenea, o frecvenţă mare la disgraficii şi la dislexicii în Braille. În

marea lor majoritate, se produc prin asimilarea şi scrierea cuvintelor la plural, când sunt dictate la singular, şi invers, scrierea la singular, când dictarea se face la plural. Cităm câteva exemple din compunerile şi dictările elevilor nevăzători: televizate = televiziune, peornesc = pornesc, piapuri = picapuri, filfilizaţie = civilizaţie, petrul = petrol, zumană = umană, aspilatoare = aspiratoare, electricitarea = electricitate, egzita = există, oamenii = oameni, iubeau = iubea, tot = toţi, haine = hainele etc. Substituirile şi deformările de cuvinte apar, în limbajul oral, la dislalicii foarte gravi.

6. Adăugiri de foneme, litere şi cuvinte. Aici, se poate surprinde o anumită regulă, şi anume adăugarea unor grafeme la sfârşitul cuvântului, când acestea se găsesc şi la cuvântul următor, de regulă, la începutul cuvântului următor. Un astfel de exemplu îl constituie frecvenţa mare în adăugarea grafemului a. Sunt adăugate des t întors, l, i, b, p etc. Dintre aceste grafeme, a, l şi i sunt adăugate, frecvent, şi la disgraficul în scrierea în alb-negru. Pe de altă parte, apare fenomenul de repetiţie a unor silabe în interiorul cuvântului (plângerea), repetarea unor cuvinte fără sens, repetarea unor silabe în diverse împrejurări, repetarea unor cuvinte (bine, la) şi, în fine, repetarea ultimelor silabe.

7. Înlocuirea unor cuvinte sau comprimarea lor. Acest fenomen este întâlnit mai rar şi nu totdeauna determină schimbarea sensului frazei, mai cu seamă când se are în vedere contextul general (învăţătoare – profesoară şi invers, soară = profesoară).

8. Confuzii de foneme şi litere, ca urmare a asemănărilor acustico-optice: d-p, d-b, s-ş, m-n, o-a, i-î, c-g, s-z, ce-ci.

9. Disortografii. Apar multe dezacorduri gramaticale, omisiuni ale semnelor de punctuaţie: punct, virgulă, semnul exclamării, semnul mirării; lipsa literei mari la început de propoziţie sau început de frază.

10. Texte necoerente, ilogice. Asemenea manifestări apar, în special, în compuneri, la subiecţii a căror disgrafie este mai accentuată sau care au şi alte tulburări de limbaj, ca bâlbâiala, dislalia etc. Compunerile acestora se caracterizează prin aceea că dau impresia incapacităţii de a lega logic elementele şi acţiunile conţinute în povestiri. Este şi cauza pentru care compunerile sunt aride şi deseori cu semnificaţii ambigue. La copiii cu o disgrafie uşoară, se manifestă preocuparea pentru redarea logică a acţiunilor cu motivaţii cauzale. Ca atare, compunerea devine mai închegată şi apare evidentă conştientizarea sistemelor de asociaţii ce se stabilesc pe plan mintal

între elementele conținute, prin evidențierea dinamismului și plauzibilității lor.

Pentru corectarea disgrafiei-dislexiei, la persoanele care scriu şi citesc în Braille, este necesar să se respecte câteva criterii valabile şi în scrierea şi citirea obişnuită. Printre acestea, este necesar să se aibă în vedere, pe lângă caracteristicile dislexiei-disgrafiei propriu-zise, şi particularitățile de vârstă ale subiectului, gradul lui de cultură, nivelul său intelectual, particularitățile de personalitate etc.

În scrierea şi citirea obişnuită, pentru disgrafici şi dislexici, se cunosc unele metode şi procedee de corectare. Pentru corectarea disgrafiei şi dislexiei la nevăzători, însă, nu au existat preocupări constante până în prezent.

Capitolul VIII

METODE ŞI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA TULBURĂRILOR DE PRONUNŢIE

1. *Cadrul general de referinţă*

În literatura de specialitate, sunt descrise unele metode şi procedee ce pot fi folosite în corectarea tulburărilor de pronunţie la subiecţii care vorbesc o anumită limbă. Dintre acestea, o parte pot fi folosite şi pentru educarea vorbirii logopaţilor, a căror limbă maternă este româna. La acestea ne vom referi, în primul rând, precum şi la acele metode şi procedee pe care noi le-am verificat în practica logopedică şi care au condus la obţinerea unor rezultate pozitive în înlăturarea tulburărilor de pronunţie. Este important să atragem atenţia asupra faptului că preluarea unor metode şi procedee, folosite de unii specialişti pe subiecţi, trebuie să se facă cu mult discernământ. Fiind vorba de un anumit specific al limbii noastre, metodele şi procedeele respective nu numai că nu dau totdeauna rezultatele dorite, dar pot îngreuna corectarea sau pot contribui la apariţia altor deprinderi incorecte de pronunţie. Limba română, ca şi alte limbi, are caracteristicile sale proprii. Astfel, unele sunete sunt specifice numai limbii române. Spre exemplu, vocalele din limba română sunt asemănătoare, dar nu identice cu vocalele din alte limbi (1963, pag.61-62).

După cum am văzut, din punct de vedere logopedic, ne interesează şi faptul că pentru emiterea corectă a fiecărui sunet, se realizează o poziţie specifică a elementelor aparatului fonoarticulator cu mişcări sincrone, dar şi cu participarea corespunzătoare a

respirației, iar abaterea de la acestea, din anumite motive, determină distorsiunea pronunției. Or, pentru a fi eficiente, în terapia logopedică, subiectul trebuie învățat să adopte o poziție corectă a aparatului fonoarticulator, ceea ce presupune existența unei metodologii adecvate.

Dintre metodele și procedeele care au o valoare mai mare, pot fi citate acelea cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției și prin intermediul cărora se înlesnesc căile de acțiune a metodelor propriu-zis logopedice și care sunt specifice fiecărei categorii de tulburări de limbaj. În felul acesta, subiectul se pregătește din punct de vedere psihic și fiziologic, ceea ce duce la facilitarea folosirii metodelor și procedeelor logopedice adecvate.

Atât pentru aplicarea metodelor și procedeelor generale, cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției, cât și a celor specifice, cu acțiune nemijlocită în educarea logopaților, este necesar să luăm în considerare câteva elemente esențiale, de care trebuie să ținem seama, pentru o individualizare strictă a cazurilor. În primul rând, este vorba de simptomatologie, manifestarea tulburării respective, care poate fi diferită de la un individ la altul, chiar dacă este vorba de același diagnostic. Merită subliniată această idee, prin raportarea ei la caracteristicile temperamentale, la rezonanța afectivă și, în genere, la trăirea handicapului în planul personalității. De altfel, manifestarea comportamentală, personalitatea logopatului determină, așa cum s-a văzut, o anumită înțelegere a handicapului și un anumit fel de participare în procesul înlăturării acestuia. Tipul de tulburare sau forma ei capătă o importanță deosebită, dacă ne gândim la evantaiul mare al manifestărilor și la faptul că unele dintre acestea pot apărea numai în anumite combinații de sunete, în timp ce altele, în toate situațiile; unele apar numai în propoziție și frază, iar altele și în pronunția izolată a sunetelor. Pronunțarea izolată a sunetelor este diferită întrucâtva de emiterea acelorași sunete în cuvinte și propoziții. Mai mult, în articularea sunetelor apar unele deficiențe, și atunci când ele au o poziție inițială, medie sau finală în cuvânt. De obicei, învățarea pronunției corecte a sunetelor este mai ușoară, atunci când ele se află la începutul cuvântului. Trebuie avute în vedere și cauzele care au declanșat dificultatea. În funcție de acestea, se impun anumite metode și procedee generale și particulare de corectare a tulburărilor de articulație. Dacă este vorba de o imitație, se înțelege că se vor aplica alte procedee decât în cazul unei etiologii organice sau funcționale. Vârsta și nivelul de dezvoltare psihică impun nu numai o

anumită atitudine a logopedului față de subiect și a acestuia față de handicap și activitatea de corectare, dar determină și adoptarea unor metode care pot fi înțelese și asimilate, cu ajutorul cărora se obțin cele mai rapide rezultate, în funcție de capacitățile logopaților. De remarcat, că aceeași importanță o are și gradul de dezvoltare și asimilare a informațiilor, prin intermediul simbolisticii verbale.

Ca atare, diagnosticul și prognosticul trebuie elaborate în funcție de toate aceste elemente, precum și în funcție de condițiile de viață și activitate ale logopatului, ca și de colaborarea părinților, a grădiniței, a școlii, în educarea logopatului. În fixarea diagnosticului trebuie să se ia în considerare existența unor deficiențe ale auzului, cât și eventualele schimbări ale dentiției sau nedezvoltarea suficientă a organului fonoarticulator, care pot influența pronunția.

În adoptarea metodelor și procedeelor de înlăturare a diferitelor abateri, trebuie să se aprecieze dacă tulburarea de pronunție se datorează unei alte tulburări de limbaj sau există în paralel. Aceasta cu atât mai mult cu cât, în unele situații, corectarea pronunției se face în același timp cu înlăturarea altor deficiențe ale limbajului, în timp ce în alte situații, este necesară crearea unor condiții de facilitare a mișcărilor necesare pentru a se putea aplica metode cu acțiune directă asupra tuturor tulburărilor existente la același logopat. Dacă este vorba de existența unei dislalii pe fondul unei alalii sau pe fondul unei nedezvoltări a limbajului, acțiunea de corectare a pronunției trebuie să urmărească, în același timp, îmbogățirea vocabularului, dezvoltarea înțelegerii vorbirii, dar și dezvoltarea gândirii, deficitare în asemenea situații, formarea vorbirii corecte și logice. În schimb, dacă avem de-a face cu o dislalie ce coexistă cu bâlbâiala, dislexia, disgrafia, cu tulburări de voce etc., acțiunea de corectare poate să se facă separat, dar nu exclude posibilitatea unei acțiuni în paralel. Remarcăm faptul că la vârste mici, sau la subiecții cu intelect slab dezvoltat, este recomandabilă respectarea principiului acțiunii de la simplu la complex, ceea ce înseamnă că mai întâi se corectează tulburările ușoare și ulterior cele dificile.

Referindu-ne la vârstă, este indicat ca dislalia să se corecteze din perioada preșcolară, din două motive: pe de o parte, pentru a nu permite să se instaleze unele deprinderi greșite de pronunție, deoarece se știe că este mai ușor să formezi deprinderi noi de vorbire, decât să corectezi pronunția greșit stabilizată, iar pe de altă parte, la intrarea copilului în școală, deficiențele de limbaj pot provoca tulburări de personalitate, prin conștientizarea defectului și pot duce la insuccese

şcolare repetate, ca urmare a inhibiţiei, reţinerii, negativismului şi a dificultăţilor de integrare în activitatea şcolară şi în colectivitatea de copii. În plus, deficienţele de pronunţie pot determina, în perioada şcolară, instalarea altor tulburări de limbaj şi, în special, bâlbâiala, dislexia şi disgrafia. Un alt motiv este şi acela că în perioada preşcolară se poate obţine o colaborare mai uşoară din partea părinţilor şi a educatoarelor din grădiniţe. Educatoarele îşi asumă obligaţia să supravegheze pronunţia copilului şi să repete exerciţiile psihopedagogice indicate de logoped.

Aşadar, în corectarea tulburărilor de pronunţie, se aplică, la început, o serie de metode cu caracter general, în funcţie de gravitatea tulburării. Acestea urmăresc să pregătească atât organic, funcţional, cât şi psihologic subiectul şi să uşureze aplicarea metodelor şi procedeelor logopedice individualizate, în funcţie de caz, şi de natura tulburării. Succesul terapeutic depinde de toate metodele şi procedeele pe care le descriem mai jos. Spre deosebire de adulţi, la care se acţionează nemijlocit asupra tulburărilor de pronunţie, la copiii de o anumită vârstă, acţiunea este mijlocită prin dezvoltarea limbajului, în general. Măsurile cu acţiune indirectă asupra corectării pronunţiei, dar cu eficacitate în dezvoltarea vorbirii, au un rol important şi în profilaxia tulburărilor de limbaj. La vârste mici, prin intermediul lor, se dezvoltă dicţia copiilor din grădiniţă, ele putând alcătui activităţi obligatorii în cadrul programelor ce se adoptă (E. Boşcaiu, 1973, pag. 24). Se înţelege că în acest caz, educatoarele şi logopezii trebuie să aibă o vorbire corectă, clară şi cu exprimări coerente. În aplicarea metodelor şi procedeelor de corectare a vorbirii, atât la copii, cât şi la adulţi, specialiştii trebuie să manifeste înţelegere şi tact, dar nu indulgenţă faţă de deficienţi.

Rezultă, aşadar, ideea că, în corectarea tulburărilor de pronunţie, ca şi în corectarea altor tulburări de limbaj, se disting două categorii de metode şi procedee educaţional-recuperative, şi anume: ***metode şi procedee cu caracter sau de ordin general şi metode şi procedee specific logopedice***. Dacă prima categorie (metode şi procedee cu caracter general) se poate aplica în orice tulburare de limbaj (şi nu numai în tulburările de pronunţie), cele din a doua categorie (metode şi procedee specific logopedice) sunt proprii fiecărei tulburări de limbaj în parte, ceea ce înseamnă că se înregistrează diferenţe majore, atât în forma de aplicare a acestora, cât şi în conţinutul lor, când este vorba de o tulburare sau alta. Din raţiuni logice şi din economie de spaţiu, în acest capitol vom analiza prima

categorie de metode şi procedee, fără să le mai repetăm în cazul altor tulburări, în timp ce metodele şi procedeele specific logopedice le vom aborda (cum este normal) după fiecare grupă de tulburări descrise.

2. *Metode şi procedee cu caracter general*

În categoria metodelor şi procedeelor educative, care au un caracter general-logopedic, sunt cuprinse: 1) gimnastica şi miogimnastica corpului şi a organelor care participă la realizarea pronunţiei; 2) educaţia respiraţiei şi a echilibrului dintre expir şi inspir; 3) educarea auzului fonematic; 4) educarea personalităţii, înlăturarea negativismului faţă de vorbire şi a tulburărilor comportamentale.

1. Gimnastica şi miogimnastica corpului şi a organelor care participă la realizarea pronunţiei se referă la îmbunătăţirea motricităţii generale şi a mişcărilor fono-articulatorii. În acest scop, se pot indica o serie de exerciţii care au o importanţă deosebită nu numai pentru dezvoltarea limbajului, dar şi pentru sănătatea organismului. Aceste exerciţii urmăresc fortificarea trunchiului, a gâtului şi a membrelor. În toate cazurile, exerciţiile fizice generale trebuie asociate cu cele de respiraţie. Exerciţiile fizice generale au scopul de a uşura desfăşurarea unor mişcări complexe ale diferitelor grupe de muşchi care iau parte la activitatea de respiraţie şi la funcţionarea aparatului fono-articulator. Se ştie că, obişnuit, pentru pronunţarea fiecărui sunet, corpul, membrele, gâtul etc. capătă o anumită poziţie, fie de relaxare, fie de încordare. Spre deosebire de cei care vorbesc normal, spre exemplu, la dislalici are loc o încordare musculară pe unele porţiuni nespecifice pronunţării sunetului respectiv. La nivelul aparatului fono-articulator, o încordare a muşchilor limbii, buzelor etc. în locuri nespecifice, afectează nu numai pronunţia, dicţia, dar şi timbrul şi înălţimea vocii. Din punct de vedere motric, diferenţierea sunetelor perechi (t-d, c-g. p-b etc) se realizează numai printr-o mişcare musculară fină. În silabă şi cuvânt, mişcarea şi sincronizarea diferiţilor muşchi se face foarte rapid, ceea ce presupune o anumită dezvoltare şi abilitate. În realizarea articulaţiei nu este nevoie să se depună un efort deosebit, pentru că exerciţiul creează automatisme, iar mişcările aparatului fono-articulator devin, în general, economicoase. Pentru cei cu tulburări de

pronunție, și mai cu seamă pentru hipoacuzicii și surdo-muții în curs de demutizare, este necesar să învețe că în producerea corectă a sunetelor buzele trebuie să exercite mișcări clare, maxilarul - ușoare mișcări față de poziția obișnuită, limba – mișcări mai energice, iar laringele – mișcări foarte discrete.

Se pot distinge două subcategorii de exerciții: *unele cu scopul de a relaxa* organismul și musculatura aparatului de emisie, exerciții utile în majoritatea tulburărilor de limbaj și în pronunțarea majorității sunetelor limbii române, iar *altele de încordare*, care se folosesc, în special, în timpul pronunțării sunetelor surde.

În cazul exercițiilor fizice generale, este indicat ca fiecare mișcare să fie executată în mod ritmic, ceea ce va ușura introducerea ritmului și la nivelul vorbirii. Acolo unde sunt și tulburări motorii, ca la disartricii cu afecțiuni motorii cerebrale, la alalici și afazici etc, exercițiile fizice generale au o importanță covârșitoare și ele trebuie executate paralel cu dezvoltarea pe perioade relativ lungi de timp, pe cât posibil zilnic sau cel puțin de trei ori pe săptămână.

Grupa așa-zisă a gimnasticii medicale se încadrează eficient în categoria exercițiilor care contribuie la dezvoltarea motricității generale și la asigurarea unui confort fizic benefic pentru fiecare individ, indiferent de vârstă.

Pentru dezvoltarea motricității organelor fono-articulatorii, se recomandă o serie de exerciții ce se referă la dezvoltarea mișcărilor expresivității faciale, făcute în mod diferențiat, în funcție de caz. La unii logopați, asemenea exerciții se fac într-un timp relativ scurt, deoarece nu sunt deficiențe care să împiedice, pregnant, realizarea vorbirii, iar acolo unde există pareze faciale, exercițiile joacă un rol important în realizarea pronunției. Cele mai importante exerciții, folosite în acest scop, sunt: umflarea simultană a obrajilor; închiderea și deschiderea ochilor, concomitent cu ridicarea și coborârea ritmică a sprâncenelor; imitarea râsului și a surâsului; încrețirea și descrețirea frunții; umflarea alternativă a obrajilor etc.

Motricitatea linguală joacă un rol esențial în pronunțarea sunetelor, deoarece la fiecare sunet limba se dilată, se contractă, ia forme diferite și ocupă alte poziții în cavitatea bucală. Se pot folosi, în acest caz, numeroase exerciții linguale: deschiderea gurii și scoaterea ritmică și rapidă a limbii și retragerea ei în cavitatea bucală; scoaterea limbii întinsă peste buza inferioară, în direcția bărbiei și peste buza superioară, în direcția nasului; mișcări la dreapta și la stânga, în așa fel încât limba să atingă colțurile buzelor; ridicarea limbii spre palat și

lăşarea ei în jos cu zgomot; imitarea diferitelor fenomene ale naturii, tremuratul(brr, brrr), mersul locomotivei etc.; sprijinirea limbii pe gingia superioară şi apoi pe cea inferioară, în aşa fel încât să se realizeze îndoituri succesive; formarea aşa-numitei „cupe" cu limba, a unui şanţ pe mijlocul ei ş.a.

Exerciţiile pentru dezvoltarea motricităţii mandibulare se folosesc, în special, la cei care au o muşcătură deschisă, prognatism şi progenie sau la cei cu traumatisme maxilo-faciale. Aceste exerciţii constau în : ridicarea şi coborârea ritmică a mandibulei; mişcări spre dreapta şi spre stânga a mandibulei; imitarea rumegatului animalelor; imitarea căscatului etc.

Pentru dezvoltarea motricităţii labiale, este necesar să se folosească o serie de exerciţii, pornind de la rolul important pe care-l joacă buzele în pronunţarea fiecărui sunet, silabă şi cuvânt. Exerciţiile pentru dezvoltarea mişcărilor buzelor sunt necesare la marea majoritate a dislalicilor, dar mai cu seamă la cei cu dislalii audiogene, cu disglosii şi la cei care au anomalii ale buzelor: despicături de buze (inferioară sau superioară), pareze, rigiditate a buzelor, proeminenţe pe anumite porţiuni. La deficienţii de intelect, sunt necesare exerciţii cu atât mai mult cu cât se ştie că accentuarea debilităţii mintale determină o serie de anomalii caracterizate prin îngroşarea exagerată a buzelor şi, în primul rând, a buzei inferioare, rigiditatea lor şi lipsa de sincronizare a mişcărilor. Cele mai indicate exerciţii sunt: acoperirea alternativă a unei buze prin cealaltă; formarea unei pâlnii, ca la pronunţarea sunetelor o şi u; strângerea buzelor şi suflarea aerului cu putere, ca la pronunţarea sunetelor b şi p; retragerea şi extensia comisurilor laterale; umflarea buzelor prin reţinerea aerului în cavitatea bucală; vibrarea buzelor prin imitarea sforăitului de cal şi multe altele. Aici, ca şi în cazul celorlalte exerciţii, inventivitatea logopedului este foarte importantă, pentru a adopta şi pune în valoare noi procedee.

2. Educarea respiraţiei şi a echilibrului dintre inspir şi expir are un rol important nu numai în asigurarea unor funcţii biologice, dar şi în pronunţie. În timpul expirului, suflul face să vibreze coardele vocale implicate în producerea sunetelor. Presiunea expirului şi a inspirului se modifică în funcţie de fiecare sunet, devenind când mai puternică, când mai puţin puternică, prin alternanţă, dar păstrând un echilibru ritmic. Astfel, pentru pronunţarea consoanelor surde, este nevoie de o presiune expiratorie mai accentuată decât la pronunţia consoanelor sonore. Nici musculatura necesară actului respiraţiei nu

este suficient de dezvoltată la copiii cu o vorbire deficitară, din cauza lipsei de exersare naturală.

Se știe că în funcție de sex, se disting două tipuri de respirație, și anume: la bărbați, o respirație costo-abdominală, în care rolul hotărâtor, pentru realizarea expirului, îl joacă mușchii abdominali și costali inferiori, iar la femei, predomină respirația de tip toracic, manifestată prin contracția și relaxarea preponderentă a cutiei toracice.

La copii, pe lângă faptul că respirația nu se desfășoară în mod ritmic, nu există nici o diferențiere netă între cele două tipuri de respirație caracteristice sexului respectiv. În timpul vorbirii, aceste disritmii respiratorii se accentuează și mai mult, iar în tulburările limbajului vorbit, ele devin foarte evidente. După o discuție mai lungă sau în stările de oboseală, atât la copii, cât și la adulți, expirația și inspirația devin tot mai neregulate și mai scurte, ceea ce duce la pauze nepotrivite în vorbire și, ca atare, creează un aspect al vorbirii dezagreabil. Unii logopați încearcă să vorbească și în timpul inspirului, nu numai al expirului (cum este normal). În felul acesta, pronunțarea devine defectuoasă, prin deformarea sunetelor, omisiunea sau înlocuirea lor în cuvânt, și mai ales prin apariția unor tulburări ale ritmului și cadenței vorbirii. Vorbirea se deformează și în cazurile în care nu există o forță corespunzătoare a expirului sau când au loc o serie de „ticuri" care se manifestă prin înălțarea umerilor în timpul vorbirii, ceea ce împiedică participarea diafragmei la expulzarea aerului necesar.

Exercițiile de respirație se desfășoară în funcție de vârsta subiectului: la copiii mici, ele se pot desfășura sub forma jocului în aer liber sau în camere bine aerisite. În acest sens, se pot folosi o serie de jucării în care să se sufle; exercițiile să fie făcute din diferite poziții ale corpului: culcat, în picioare, șezând etc. La copiii mai mari, se pot utiliza materiale didactice vizuale, spirometrul, dar se poate exersa expir-inspirul și pe baza apelării la înțelegere. Atât la adulți, cât și la copii, exercițiile de respirație se pot face fără a fi însoțite de vorbire sau concomitent cu ea. De asemenea, ele pot fi făcute individual sau în grup, și este de remarcat că se instalează mai ușor ritmul dintre expir și inspir, dacă aceste exerciții sunt făcute în timpul mersului, pentru că el conține deja componenta automatizată, ritmică.

Printre exercițiile care dau rezultatele cele mai bune, se pot cita: suflarea într-o lumânare aprinsă; umflarea balonului; expirarea și inspirarea alternativă pe gură și pe nas; expir și inspir, pe baza unor pauze stabilite; aburirea unei oglinzi, prin eliminarea jetului de aer

alternativ, pe nas şi pe gură; formarea de valuri într-un vas cu apă, prin suflare; suflarea în diferite instrumente muzicale. Se recomandă ca exercițiile de respirație, efectuate o dată cu pronunțarea, să se realizeze la început, cu ajutorul cântului şi al recitării de poezii ritmice. Se mai pot emite vocale cântate, anumite exclamații, interjecții etc. În final, se ajunge la o vorbire ritmică, prin sincronizarea expirului cu inspirul.

3) Educarea auzului fonematic, adică a capacității de a identifica, discrimina şi diferenția sunetele limbii, contribuie la realizarea unei pronunțări corecte. Prin activitatea de dezvoltare a auzului fonematic, se stabileşte un sistem relațional între modalitatea senzorială de percepere a sunetelor şi crearea unor imagini ideale la niveluri superioare. Atunci când avem de-a face cu unele deficiențe la nivelul sistemului periferic, activitatea logopedică trebuie să urmărească înlăturarea lor sau, dacă acest lucru este posibil, să contribuie la dezvoltarea unor noi funcții compensatorii. Acelaşi lucru se poate face pe un plan mai general de suplinire a funcțiilor deficitare, datorită supleții sistemului nervos uman şi capacităților de adaptare a organismului.

Tulburările auzului fonematic pot merge de la incapacitatea diferențierii tuturor sunetelor sau numai a unora şi până la imposibilitatea perceperii chiar a silabelor şi cuvintelor, ca unități specifice limbajului. Datorită legăturii strânse dintre auzul fonematic şi mişcările articulatorii, deficiențele de la nivelul unui element se fac simțite şi la cel ce-al doilea. Astfel, slaba dezvoltare a mişcărilor articulatorii sau neexersarea lor influențează auzul fonematic, aşa cum, la rândul lor, tulburările respective determină confuzii la nivelul emisiei sau o slabă antrenare a elementelor coparticipante la actul pronunției.

În realizarea pronunției corecte, subiectul trebuie să efectueze, pe de o parte, o comparație între propria pronunție recepționată de la persoanele din jurul său, iar pe de altă parte, trebuie să realizeze un autocontrol, pe baza auzului, asupra emisiilor vocale. Deficiențele auzului fonematic fac imposibil autocontrolul auditiv, şi, în cazul acesta, logopatul face eforturi de îndreptare a vorbirii pe baza motrico-kinestezică a aparatului de emisie. Dacă la început dislalicii nu-şi dau seama de pronunția lor defectuoasă, pe măsură ce se efectuează exerciții pentru dezvoltarea auzului fonematic, ei devin conştienți de tulburarea respectivă şi fac eforturi pentru înlăturarea acesteia. Prin urmare, în corectarea tulburărilor de pronunție, este necesar să se

acorde o atenție mai mare dezvoltării auzului fonematic, deoarece, așa cum rezultă, acesta constituie o condiție esențială în pronunția corectă.

Trebuie arătat de la început că dezvoltarea auzului fonematic nu coincide cu dezvoltarea atenției, cum cred unii. Poate exista o atenție instabilă, ca la debilii mintal, dar nu în toate cazurile pot exista și deficiențe ale auzului fonematic, așa cum se întâmplă la copiii normali, care prezintă tulburări ale auzului fonematic, deși au o bună atenție.

La copiii preșcolari, dezvoltarea auzului fonematic se poate face sub forma unor jocuri (ghicirea vocii celor care îl strigă, identificarea vocii unor persoane cunoscute sau a strigătului animalelor, a păsărilor înregistrate pe casetă, prin întrecere în recitarea unor poezioare cu intonație etc.). În general, la cei cu tulburări de pronunție, sunt eficace pronunțarea, diferențierea și identificarea cuvintelor paronime. Considerăm că pentru dezvoltarea auzului fonematic sunt mai importante exercițiile în cuvinte decât pronunțarea sunetelor izolate, așa cum în corectarea dislaliei, cuvântul joacă un rol hotărâtor (Emilia Jurcău, N. Jurcău, 1989). Cuvintele care se folosesc pentru consolidarea sunetelor învățate, cât și a propozițiilor care cuprind grupuri de asemenea sunete contribuie și la dezvoltarea auzului fonematic. Așadar, folosind aceste cuvinte în corectarea dislaliei, se realizează, concomitent, și dezvoltarea auzului fonematic și, în felul acesta, consumul de energie este mai mic, iar timpul de corectare, mai scurt.

4) <u>Educarea personalității, înlăturarea negativismului față de vorbire și a tulburărilor comportamentale</u> sunt necesare la copiii de vârstă școlară dar, în special, la cei care se află în perioadele pubertății și adolescenței. Acest proces trebuie să înceapă, însă, odată cu corectarea tulburării de limbaj, indiferent de vârsta logopatului. Dacă în perioada preșcolară, tulburările personalității sunt întâlnite la puțini copii, la școlari, fenomenul dereglării verbale se conștientizează, devine apăsător și poate determina, la unii copii, devieri comportamentale, atitudini negativiste, o slabă integrare în colectiv, delăsare la învățătură, lipsa inițiativelor, reținere sau obrăznicie, nervozitate etc. La instalarea acestor tulburări contribuie adeseori, fără ca ei să-și dea seama, părinții și educatorii (prin apostrofarea și solicitarea insistentă să vorbească corect). Pe de altă parte, atitudinea colegilor de ridiculizare și ironizare îi determină să devină retrași și închiși în ei înșiși.

În această situație, educarea personalității trebuie să urmărească:

a) redarea încrederii în propriile posibilități;
b) crearea convingerii că tulburarea nu presupune un deficit intelectual;
c) crearea convingerii că dificultatea de limbaj este o tulburare pasageră, care poate fi corectată ;
d) crearea încrederii în logoped;
e) înlăturarea negativismului şi redarea optimismului.

Aceste obiective vor fi urmărite cu perseverență la logopații fără deficiențe mintale sau senzoriale, la cei cu tulburări senzoriale, dar şi la debilii mintal la care apar asemenea manifestări. Este ştiut că la aceştia din urmă, tulburarea de limbaj nu modifică atât de frecvent comportamentul, deoarece ei nu-şi dau seama, în toate cazurile, de existența handicapului. La cei cu intelect de limită, ca şi în cazurile de debilitate uşoară, fenomenul logopatiei este trăit pe un fond negativ, aproximativ asemănător cu celelalte categorii de subiecți.

În acest scop, se poate înregistra vorbirea subiectului la începutul tratamentului logopedic şi apoi, periodic, pe măsura obținerii unor rezultate pozitive în activitatea de corectare, chiar dacă acestea sunt numai parțiale. Logopatul este invitat să-şi asculte vorbirea din prima înregistrare şi să o compare cu înregistrările efectuate ulterior, ceea ce îi dă încredere în sine şi în logoped, dar şi în perspectiva corectării handicapului. De asemenea, vorbirea subiectului în curs de corectare poate fi comparată cu a altui logopat necorectat. Dar un rol deosebit îl are atitudinea părinților, a cadrelor didactice şi a colegilor față de persoana cu tulburări de limbaj. În acest sens, logopedul trebuie să stea de vorbă cu părinții şi cu cadrele didactice, să le explice ce înseamnă tulburarea pentru copil şi că ea va fi corectată, că ei trebuie să manifeste înțelegere şi tact, dar nu indulgență. Față de aceştia, logopedul trebuie să folosească o vorbire calmă şi plină de încurajare, să fie un exemplu în arta mânuirii cuvântului.

Rezultatele cele mai bune, în educarea personalității, le are psihoterapia. Caracteristicile folosirii psihoterapiei la dislalici sunt, în linii mari, asemănătoare cu cele ale folosirii ei la logonevrotici, descrise de noi într-un studiu anterior(1972). La cele mai importante particularități ale psihoterapiei, în educarea personalității logopatului, ne vom referi în continuare. Pentru aplicarea psihoterapiei, trebuie să se aibă în vedere, pe de o parte, etiologia şi simptomatologia

tulburării, iar pe de altă parte, vârsta subiectului, particularitățile personalității lui, nivelul său de cultură şi de dezvoltare intelectuală.

Psihoterapia are scopul de a înlătura stările psihice conflictuale. Ea vizează atât simptomele tulburării, cât şi educarea întregii personalităţi. Prin psihoterapie se urmăreşte înlăturarea fricii patologice de a vorbi şi a sentimentului de inferioritate. Subiectul trebuie convins că poate vorbi bine şi că sensibilitatea sa exagerată este nejustificată. Aşadar, psihoterapia are la bază o serie de metode şi tehnici psihopedagogice care se folosesc în vederea restabilirii echilibrului psiho-fizic al subiectului, încercând să şteargă din mintea acestuia cauzele care au declanşat tulburarea, să înlăture şi să prevină unele simptome, creând, în felul acesta, condiţii favorabile pentru acţiunea altor procedee logopedice în cadrul unui tratament complex. Modul acesta de abordare este justificat şi de faptul că însăşi învăţarea limbajului este privită de tot mai mulţi autori ca parte generală a comportamentului uman complex (A. W. Staats, 1968).

Psihoterapia poate fi aplicată individual, mai ales pentru început, şi credem că aceasta este modalitatea cea mai eficace, dar ea poate fi aplicată şi în grup. Psihoterapia în grup este impusă de necesităţi practice, pe de o parte, pentru a beneficia de ea un număr cât mai mare de indivizi, iar pe de altă parte, pentru că vorbirea se desfăşoară în relaţiile cu alţi oameni, stimulându-se, astfel, interesul pentru comunicarea verbală. Psihoterapia trebuie să se desfăşoare sub forma unor şedinţe sistematice, care să urmeze un plan bine stabilit, de la evocarea unor situaţii simple până la cele complexe, de la o tatonare plină de grijă a conflictelor şi simptomelor pe care le manifestă subiectul, până la abordarea lor directă şi intensă. La constituirea grupului este foarte important să se ţină seama de vârsta subiecţilor, de nivelul lor cultural, de gradul de inteligenţă, de tipul de tulburare şi de cauzele care au declanşat-o.

Forma sub care se poate utiliza psihoterapia este aceea a unor discuţii, a prezentării unor filme, conţinând imagini liniştitoare şi semnificative, însoţite de discuţii, a ascultării muzicii cu caracter liniştitor, a urmăririi, cu ajutorul benzii de magnetofon, a progreselor realizate în vorbire de către subiect şi interpretarea lor, a utilizării sugestiei şi hipnozei, a jocurilor (la vârste mici). R. Schilling foloseşte „jocul curativ logopedic", în cadrul căruia copiii se substituie poeţilor, regizorilor şi actorilor. La început, aceste jocuri sunt fără voce, rezumându-se doar la mişcări, pentru ca treptat, să se ajungă la sunete şi zgomote (imitarea unor animale, însoţite de mişcările

corespunzătoare: zgomotul unei maşini cu motorul pornit, a vântului etc.), la cântece şi la vorbire. Jocurile de mişcare ajută la folosirea gesturilor expresive în timpul vorbirii, folosind apelative şi indicative. În ultimul timp, în psihologia adulților se folosesc, cu succes, jocul, desenul, dramatizarea etc. Jocul poate fi utilizat ca tehnică a psihoterapiei, deoarece el are şi funcții distractive ce „permit stabilirea unor dispoziții pozitive, care facilitează proiecția şi deconectarea față de activități sau efecte ale situațiilor stresante. Funcția de deconectare, le rândul ei, este şi o manifestare a funcției cathartice, funcție de curățire, de eliberare de acele elemente tensionale care se află în centrul motivației stresante" (U. Şchiopu, 1970, pag. 245).

În genere, psihoterapia bazată pe „loisir" permite depistarea şi pătrunderea în relațiile complexe ce definesc personalitatea în înțelegerea influențelor exogrup şi endogrup, cu scopul de a restabili condițiile fireşti ale dezvoltării personalității şi integrării sale în colectiv. Principala formă sub care se desfăşoară psihoterapia, începând cu adolescența şi chiar cu pubertatea, rămâne discuția pe o temă liberă sau abordarea unui subiect stabilit de psihoterapeut. Este preferabil ca tema în discuție să vină din partea subiectului sau a grupului, iar psihoterapeutul să o direcționeze, să o controleze cu mult tact spre țelul propus. În ultima vreme, se pune un mare accent pe psihoterapia de grup. Dar sunt şi psihoterapeuți care susțin necesitatea psihoterapiei individuale, cel puțin în unele faze ale desfăşurării ei: unii o susțin înaintea psihoterapiei de grup, iar alții după. Desigur, nu trebuie exclusă nici combinarea celor două modalități psihoterapeutice.

O serie de lucrări în care se analizează psihoterapia în grup, fie că se referă mai mult la aspectele clinice, fie că insistă asupra celor ce privesc crearea unui confort psihic general, se fac aprecieri insistente asupra caracteristicilor grupului psihoterapeutic: egalitatea deplină a membrilor, intervențiile psihoterapeutului să nu fie autoritare şi brutale, psihoterapeutul să se integreze discret şi cu tact ca membru cu drepturi depline în grup etc.

Indiferent că este vorba de o psihoterapie individuală sau de grup, psihoterapeutul trebuie să aibă acele calități care să-l facă agreabil şi acceptat pe de o parte, iar pe de altă parte, să aibă posibilitatea de a pătrunde în mod discret în frământările subiectului. Problemele abordate în discuție vizează înlăturarea unor blocaje afective, redarea încrederii în posibilitățile proprii, îndepărtarea fobiei şi a inerției în vorbire, crearea condițiilor optime şi stimularea dorinței

de a vorbi, îndemnarea la o vorbire calmă şi clară, logică, dezvoltarea unei personalităţi demne şi curajoase. În acest proces formativ, un rol esenţial îl joacă însăşi personalitatea psihoterapeutului. Exemplul său personal, comportarea sa etică, vorbirea cursivă, inteligibilă, nivelul de cultură şi inteligenţă, conduita sa, în general, exercită o influenţă pozitivă asupra subiectului.

Psihoterapia nu trebuie limitată numai la cel ce suferă de o tulburare de limbaj, ea urmând a se extinde şi asupra persoanelor cu care subiectul vine în contact: părinţi, fraţi, surori, rude. Aceştia vor adopta o atitudine corespunzătoare faţă de vorbirea şi comportarea persoanei, vor manifesta înţelegere şi receptivitate, vor contribui la crearea unei atmosfere plăcute şi liniştitoare, îi vor arăta încredere şi răbdare. Astfel, activitatea psihoterapeutică este continuată pe un alt plan în cadrul familiei, ceea ce exercită o influenţă favorabilă asupra subiectului şi, prin aceasta, asupra rezultatelor finale ale psihoterapiei.

Metodele şi tehnicile psihoterapiei sunt dependente de o serie de factori subiectivi ce ţin de structura psihică a individului, de natura lui psihică, dar şi de natura sau manifestarea tulburării, de condiţiile în care trăieşte şi îşi desfăşoară activitatea.

În prezent, tot mai multe persoane simt nevoia unor intervenţii cu caracter psihoterapeutic pentru că viaţa stresantă creează dereglaje ce se cer înlăturate, în vederea adaptării şi readaptării la condiţiile mediului înconjurător. Din acest punct de vedere, din perspectivă psihologică, şi parţial psihopatologică, tehnicile psihoterapeutice cunosc o diversificare şi dezvoltare continuă. C. Enăchescu (1998, pag. 180) precizează că „dincolo de aspectele culturale ale istoriei psihoterapiei, aceasta cunoaşte o etapă riguros ştiinţifică în evoluţia şi dezvoltarea sa. În general, se afirmă că istoria psihoterapiei este traversată de două curente principale, şi anume: a) aplicarea în scopuri terapeutice a procedeelor psihologice, cum ar fi: hipnoza, jocul sau improvizaţia dramatică; b) elaborarea de procedee noi, legate de o teorie psihopatologică, cum sunt: psihoterapia morală şi psihanaliza."

Prin sublinierea importanţei psihoterapiei în reeducarea personalităţii dislalicului şi, în general, a deficienţilor de limbaj, nu subapreciem contribuţia metodelor şi procedeelor logopedice specifice. Preconizăm o îmbinare cu acestea.

3. *Metode şi procedee specific logopedice*

Aşa cum am subliniat, această categorie de metode şi procedee este diferită de la o grupă de tulburări la alta, ceea ce ne face ca în acest capitol să le analizăm numai pe cele care contribuie la corectarea tulburărilor de pronunţie, urmând ca la abordarea altor tulburări, să intervenim cu terapia logopedică respectivă. Totuşi, trebuie să relevăm că în tulburările de limbaj asociate, sunt unele elemente comune în ce priveşte terapia logopedică, în sensul că rezultatele pozitive obţinute în corectarea unei tulburări se răsfrâng benefic şi asupra celeilalte, contribuind la scurtarea timpului de intervenţie prin mijloacele sale specifice.Rezultatele cele mai eficace şi mai rapide, în corectarea tulburărilor de pronunţie, se obţin prin emiterea corectă a sunetului afectat şi, apoi, introducerea sa în cuvânt şi propoziţie. Automatizarea pronunţiei corecte se face prin folosirea cuvintelor ce conţin sunetul respectiv, în poziţie iniţială, mediană sau finală. Dar nu excludem posibilitatea utilizării unor exerciţii de pronunţie care să înceapă direct cu folosirea unor cuvinte simple, mono- şi bisilabice, pentru început, iar apoi, să formuleze propoziţii şi fraze. Un asemenea procedeu poate fi aplicat în cazul copiilor mai mari şi al adolescenţilor, al celor cu un intelect bine dezvoltat. Multe din aceste metode şi procedee le-am utilizat şi noi într-o anumită etapă a activităţii practice. Ele sunt folosite azi de majoritatea logopezilor din ţară, motiv care ne determină să le prezentăm aici. Fără a le subaprecia valoarea, considerăm, totuşi, că este necesară combinarea lor cu folosirea cuvintelor şi a propoziţiilor, ceea ce evită obosirea dislalicului şi determină o participare mai activă în activitatea de corectare. În felul acesta, se realizează, chiar la vârstele mici, înţelegerea semnificaţiei activităţii de corectare şi se produce o colaborare între logoped şi logopat.Adeseori, pentru pronunţarea izolată a sunetelor se folosesc o serie de mijloace ajutătoare. Printre acestea amintim oglinzile, care sunt folosite în dublu scop: pentru perceperea vizuală a modului de articulare a sunetelor, atât la dislalic, cât şi la logoped, în sensul imitării poziţiei corecte a aparatului fono-articulator în timpul emisiei, iar pe de altă parte, pentru sesizarea aburirii oglinzii în pronunţarea anumitor sunete, pentru că în emiterea fiecăruia rămâne o umbră

anumită pe care subiectul o diferențiază de alte situații. Sunt folosite, de asemenea, sondele, spatula, trusa logopedică, mai ales pentru fixarea poziției corecte a limbii, buzelor etc. în pronunția sunetelor respective. Trusa logopedică conține o serie de sonde ortofonice și spatule, de folosirea cărora nu trebuie să se abuzeze nici după ce logopatul s-a obișnuit cu ele, și când acesta nu mai manifestă teamă (fig. 17a și 17 b).

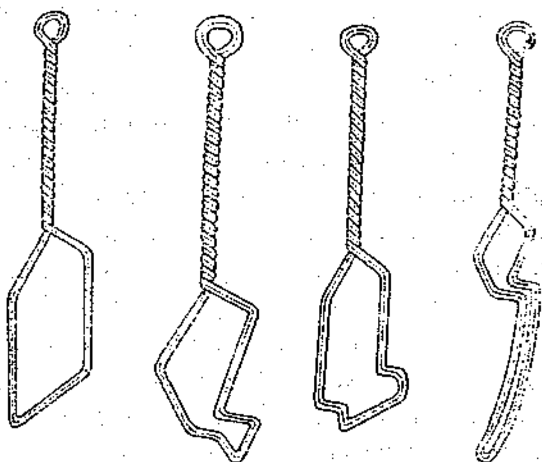


Fig. 17a.

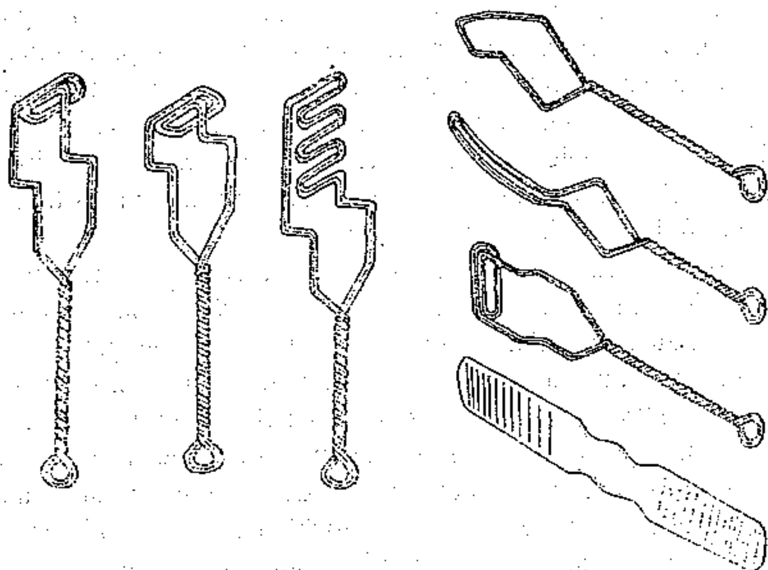


Fig. 17b.

Mai des se apelează la trusa logopedică în corectarea vorbirii dislalice a subiecților ce prezintă diferite anomalii organice, ca în cazurile de macroglosia și microglosia limbii, în despicăturile de buză și văl palatin, în progenie și prognatism, cât și în formarea pronunției la cei cu deficiențe senzoriale: surzi, hipoacuzici, nevăzători. Folosirea instrumentarului logopedic la nevăzători se impune în cazurile dificile, din cauza imposibilității acestora de a imita, vizual, poziția corectă a aparatului fono-articulator în emisia diferitelor sunete. În lipsa acestora, se poate folosi un băț de chibrit sau o scobitoare, care se așează, la pronunțarea sunetului s, între dinți și deasupra limbii, fixarea poziției corecte a buzelor cu ajutorul degetelor etc. Unii logopezi folosesc mai rar imagini vizuale sau scheme care pun în evidență poziția normală a aparatului de articulație în timpul pronunțării sunetelor. Folosirea acestora nu se poate face la orice vârstă, ci numai atunci când subiectul poate să le înțeleagă și are unele cunoștințe despre anatomia și fiziologia aparatului fono-articulator. Dar cel mai frecvent se apelează la analizatorul tactil-kinestezic, pentru ca subiectul să poată sesiza diferențele de vibrație ale coardelor vocale, ale obrajilor și nărilor, cât și pentru perceperea jetului de aer, a concentrării sau împrăștierii sale, a căldurii sau uscăciunii în pronunția sunetelor (de exemplu, diferențierea, pe această cale, a sunetelor s de ș, r de l, m de n și invers).

Pentru a fi consecvenți cu modul de tratare, adoptat în capitolul în care am analizat principalele tulburări de pronunție, vom proceda în același mod și la descrierea și sublinierea metodelor și procedeelor de corectare a pronunției în dislalie, rinolalie și disartrie. Metodele și procedeele pe care le prezentăm dau rezultate pozitive (ca de altfel și cele din prima grupă), atât la logopați normali psihic, cât și la cei cu deficiențe de intelect și senzoriale.

Ordinea corectării sunetelor pe care o prezentăm este justificată de noi și în funcție de frecvența tulburărilor de pronunție, ca și de dificultatea activității logopedice în educarea logopaților. Astfel se impune, în primul rând, corectarea fonemelor din familia lui s, apoi lichidele r și l, cărora le urmează consoanelor sonore (b, d, g) și în final corectarea consoanelor : f, n, m, c, p, t. Vocalele și semivocalele, ca și diftongii (oa și ea) și unele grupări de consoane (tr și fl) au fost lăsate la urmă, deoarece frecvența tulburării lor este mai rară și se întâlnesc, mai cu seamă, la deficienții de auz, în diferitele leziuni ale sistemului nervos central și în palatoschizis. Din practica logopedică,

rezultă că cel mai greu se corectează rotacismele şi pararotacismele, după care urmează sigmatismele şi parasigmatismele, dar ultima categorie are o frecvenţă mai mare decât prima.

Aparent, aceasta este o metodă care încalcă principiul de la simplu la complex, dar se poate justifica prin faptul că prin corectarea sunetelor dificile dispar unele dificultăţi de emitere, în cazul celor mai uşor de pronunţat, determinând o simplificare a lucrurilor. Desigur, în tulburările grave de pronunţie, cum este disartria, este mai indicat să se înceapă activitatea de corectare cu sunetele care se emit cel mai uşor şi apoi, gradat, să se ajungă la cele mai dificile.

Corectarea sunetului s prezintă cea mai mare importanţă, din două motive: pe de o parte, pentru că este sunetul cel mai des deformat şi înlocuit, iar pe de altă parte, pronunţia lui corectă înlesneşte şi stă la baza emiterii celorlalte sunete din familia sa (şi în primul rând a sunetelor z, ţ şi x). Z se pronunţă având o poziţie a aparatului articulator asemănătoare cu aceea a pronunţării sunetului s, numai că vocea se aude; se poate spune că este un s sonor. Din punct de vedere fonetic, s este o fricativă anterolinguală dental-alveolară surdă, spre deosebire de z, care este sonora ei. (Al. Rosetti, 1963). Sunetul ţ este o africată anterolinguală şi se pronunţă corect prin deschiderea uşoară a gurii, în timp ce comisurile linguale sunt trase în părţi, iar vârful limbii este apropiat de incisivii superiori care, la expulzarea aerului, se îndepărtează spre incisivii inferiori. X, ca fricativă postero-linguală surdă, nu se poate emite corect nici în dezvoltarea ontogenetică a copilului fără să se pronunţe mai întâi corect sunetul s.

Consoana surdă ş se emite corect prin rotunjirea buzelor şi când limba capătă o formă de cupă, iar la expulzarea aerului se produce o rezonanţă zgomotoasă. J este consoana sonoră a lui ş, iar poziţia aparatului fono-articulator este, aproximativ, aceeaşi ca la pronunţia lui ş; expulzarea aerului, însă, este mai slabă, iar vârful limbii are o vibraţie uşoară.

Combinaţia de sunete *ce* şi *ci* se emite corect prin atingerea limbii de palatul dur, iar marginile laterale, de arcadele dentare superioare; la ieşirea aerului, limba se desprinde brusc de palat, ocupând poziţia relaxată în planşeul bucal. Forma aparatului fono-articulator este relativ asemănătoare în pronunţia lui *ce* şi *cea* din timpul emisiei sunetelor t şi ş. *Ge* şi *gi* se pronunţă printr-o poziţie asemănătoare a aparatului fono-articulator, dar în plus apar vibraţii laringiene.

Sunetul r are o frecvență mare în limba română. Pronunția corectă se realizează atunci când limba, în partea sa posterioară, ia forma plată şi atinge cu marginile laterale arcadele dinților superiori, iar partea anterioară se ridică spre alveolele dinților superiori. La expulzarea aerului, vârful limbii vibrează repede, iar musculatura gâtului şi a feței se contractă.

Consoanele sonore b, d, şi n apar mai frecvent înlocuite în terminațiile cuvintelor. Toate paralaliile respective apar cu o frecvență şi mai mare la hipoacuzici, bradipsihici, disartrici şi afazici. Celelalte consoane sunt deformate şi înlocuite la unii dislalici, dar mai ales la debilii mintal şi la cei cu rinolalie şi disartrie.

Vocalele nu numai că sunt mai rar tulburate, dar ele se pot corecta mai uşor şi datorită executării unor mişcări ale aparatului fono-articulator, care nu presupun un efort deosebit în timpul emisiei.

Corectarea sigmatismului şi parasigmatismului se poate efectua, la vârste mici, prin imitarea sâsâitului de şarpe, a mersului locomotivei, zumzetului de albină, a solicitării liniştii etc. În cazurile deficiențelor maxilo-faciale şi în vegetații adenoide, se recomandă intervenția medicală înaintea terapiei logopedice.

În literatura logopedică sunt descrise, frecvent, metode şi procedee de corectare a sunetelor afectate prin derivarea acestora din alte sunete corect emise. De obicei, în cadrul unei categorii de sunete, primul sunet pe care trebuie să-l formăm este cel de bază, ce va deriva din sunete apropiate ca pronunție. Dar sunt şi autori care consideră că se pot forma mai uşor, prin derivare, sunetele ce apar primele în ontogeneză şi care nu presupun mişcări prea fine ale aparatului articulator. Astfel, majoritatea logopezilor consideră că, în categoria sigmatismului şi a parasigmatismului, primul sunet asupra căruia trebuie să ne oprim este s, în timp ce alții susțin că în activitatea logopedică este mai indicat să se înceapă cu emisia sunetului *ț* (M. Guțu, 1975, pag. 263-264).

În general, sunetul afectat poate fi derivat din acele sunete care sunt corect pronunțate şi care, prin execuția lor motrico-kinestezică şi auditivă, se apropie cel mai mult de el. De exemplu, sunetul r poate fi derivat din d, t, grupurile dt, td, care se pronunță repede şi repetat ca apoi, la o anumită comandă, să se treacă la r. Emisia este uşurată de o poziție relativ similară şi de vibrarea limbii prin repetare.

Sunetul izolat se mai poate obține prin indicarea poziției corecte a aparatului articulator şi prin exersarea lui în fața oglinzii, în scopul imitării vizuale a modelului corect. În cazul când acesta nu

reuşeşte să pronunţe corect sunetele s şi z, va fi ajutat prin tragerea uşoară a obrajilor înapoi sau prin fixarea sondei sau a unui băţ de chibrit între dinţi, pentru formarea şanţului lingual dorsal necesar. Se va explica dislaliculului că sunetul z se pronunţă având aceeaşi poziţie a aparatului articulator ca şi în cazul sunetului s, numai că primul este pronunţat cu voce. Pentru diferenţierea sunetelor s, z de ş, j, dislalicul va percepe, pe dosul palmei, aerul cald la pronunţarea sunetelor ş şi j. Când nu se obţine pronunţia corectă a sunetelor ş şi j, dislalicul poate fi ajutat prin strângerea uşoară a obrajilor, pentru formarea conturului necesar al buzelor. Se obişnuieşte ca formarea sunetului ţ să se realizeze şi prin pronunţarea repetată şi rapidă a sunetelor ts, iar ce şi ci, prin pronunţarea sunetelor tşe şi tşi. Asemănător, se vor obţine şi sunetele ge, gi, prin derivarea lor din dje şi dji.

S lateral se corectează, ţinându-se arătătorul la o mică distanţă de centrul gurii dislaliculului şi cerându-i acestuia să-şi îndrepte atât privirea, cât şi curentul de aer, care-i iese pe gură, spre degetul arătător.

Z pronunţat afon, adică asemănător sunetului s, se transformă în z, ducând mâna dislaliculului la gâtul logopedului pentru perceperea vibraţiei coardelor vocale şi, apoi, la propriul său gât; astfel, poate compara diferenţele de vibraţie, corectându-se.

Ţ deformat prin pronunţarea sa ca t sau s, se corectează solicitând dislaliculului să apese cât mai puternic limba pe alveolele dinţilor din faţă şi de sus, iar în pronunţie, limba să fie lăsată cu iuţeală în jos. Dacă, totuşi, nu reuşeşte să pronunţe satisfăcător fonemul respectiv, îi cerem să-şi arunce pumnii cu putere înainte, concomitent cu rostirea lui ţ (ţ presupune stăpânirea corectă a lui s; deci, el nu poate fi corectat fără prealabila stăpânire a acestui sunet).

Ş înlocuit prin s constituie una din deformările frecvente la copii. În cazul acesta, pronunţia corectă a sunetului ş se obţine prin strângerea buzelor sau prin rotunjirea lor, iar limba are o poziţie apropiată de dinţii superiori din faţă. Pentru a obţine forma corectă a buzelor, se pot strânge uşor obrajii dislaliculului, concomitent cu pronunţia sunetului ş. Aceeaşi mişcare trebuie s-o execute, ulterior, şi copilul, căruia i se mai poate cere să prelungească câtva timp pronunţarea fonemului respectiv.

J deformat, prin rostirea sa asemănătoare cu a sunetului ş, se corectează dacă cerem dislaliculului să perceapă vibraţia coardelor vocale, ca la pronunţia sunetului Z. În acelaşi timp, se formează poziţia corectă a aparatului articulator, specifică pronunţiei sunetului j.

Corectarea se face tot prin strângerea buzelor şi fixarea poziţiei corecte a limbii în timpul emisiei. La nevoie, se poate efectua şi aici gestul de aruncare energică a pumnilor înainte, concomitent cu pronunţarea sunetului. În acelaşi timp, dislalicul este solicitat să apese violent limba pe incisivii superiori, pentru a simţi pe dosul palmei puternica explozie a aerului din gură, când sunetul este bine pronunţat. (Pronunţarea corectă a sunetelor compuse ce şi ci presupune stăpânirea corectă a sunetului ş).

Ge şi gi sunt deseori înlocuite cu dze şi dzi sau, uneori, cu ce şi ci. Paralaliile acestea se elimină tot printr-o rotunjire accentuată a buzelor şi prin aruncarea energică a pumnilor înainte, ca şi prin apăsarea dosului limbii pe dinţii din faţă şi de sus şi prin sesizarea vibraţiilor coardelor vocale. De astă dată, vibraţiile trebuie să fie foarte puternice.

X deformat se obţine prin pronunţarea grăbită şi energică a sunetului c, urmat imediat de sunetul s. Se poate obţine x şi prin pronunţarea sunetului g, urmat repede de z, aşa încât perechile de consoane să alcătuiască un singur sunet.

După obţinerea izolată a sunetelor, ele vor fi fixate în cuvinte, la început în cuvinte mai simple, apoi în cuvinte mai complexe. Sunetul ce se fixează în cuvinte, va ocupa poziţii diferite (iniţial, la mijloc şi final). C. Calavrezo a alcătuit o listă de cuvinte şi propoziţii care respectă regulile amintite. Câteva exemple sunt edificatoare pentru corectarea tulburărilor de pronunţie şi pentru automatizarea pronunţiei corecte a sunetelor în cuvinte şi propoziţii.

1. ***Cuvinte ce conţin pe s iniţial***: sub, suc, sul, sun, sac, sat, supă, sunet, Sică, silă, sită, Sile, sifon, sirop, săpun, sărat, sete, sobă, soră, sală, sapă, salam, salut, sare, Sava
2. ***Cuvinte ce conţin pe s median (în interior)***: usuc, iese, rasol, casă, lasă, masă, coase, coasă, Tase.
3. ***Cuvinte ce conţin pe s final***: dus, pus, vis, des, os, cos, las, ros, noros, pufos.

Sunt numeroase lucrări de specialitate în care se găsesc, amănunţit, asemenea liste de cuvinte folosite în corectarea diferitelor sunete şi grupuri de sunete (E. Vrăsmaş, C. Stănică, 1997, I. Mititiuc, 1996).

4. ***Propoziţii ce se pot alcătui cu cuvintele respective:***

Sava ia sapa. Supa n-are sare. Am sărat supa. Sile are sanie. Se aude un sunet. Pun sifon în sirop. Tase coase. Coase în casă. În casă e o masă. Las un vas. Iar ies la cules. Am, des,

un vis. Coase sacul. Coase pe masă. Gust de must. Am sădit un salcâm. Sacul s-a uscat. Sandu gustă sucul. În sat, sunt stupi. S-a dus la cosit. Stan stă pe scaun. Casa noastră e spațioasă. Stelian s-a întors acasă. Lasă pe Vasile în casă. S-a ascuns pisica. Vasile este sănătos. Sanda s-a întors din sat. S-a dus pe scară în sus. Studentul nostru este serios, dar sfios. Sanda a scris surorii sale o scrisoare.

După acelaşi procedeu, se pot alcătui cuvinte şi propoziții şi pentru celelalte sunete.

În fine, după acelaşi procedeu, se corectează toate celelalte defecte de pronunțare, ca dealtfel şi rotacismul şi pararotacismul. De obicei, derivarea sunetului r se face din pronunțarea rapidă şi repetată a sunetelor t sau d, trecându-se în r (sau se pronunță repede td...td...td...tdr). Se explică subiectului poziția corectă a organelor participante la pronunție şi în special faptul că vârful limbii, lipit de alveolele superioare, vibrează de două, trei ori, prin expulzarea aerului. În cazul când vibrarea vârfului limbii nu se poate realiza, subiectul poate fi ajutat cu o spatulă sau cu degetul, care antrenează mişcări la dreapta şi la stânga. Rezultatele bune se obțin şi prin perceperea tactil-chinestezică a vibrațiilor coardelor vocale, prin palpare de către dislalic în timpul pronunției, atât la el, cât şi la logoped. Din acest punct de vedere, sunetul r este cel mai bine şi mai uşor sesizabil. În acelaşi scop, copiii preşcolari şi chiar şcolarii mici pot imita starea de frig (brr, brrr), fornăitul cailor, zgomotul motorului etc.

Liebmann arată că r se poate pronunța corect prin derivarea sa din l. El solicită subiectului să pronunțe ***lalala,*** în timp ce apasă uşor pe bărbie, făcând-o să vibreze; prin aceasta, se influențează vibrarea vârfului limbii.

R, substituit prin l, este cea mai frecventă formă de dislalie a acestui sunet la copii; se înlătură relativ uşor, folosind exercițiile care cuprind cuvinte cu ra inițial şi, apoi, cu re în celelalte poziții. Cerem copilului să pronunțe cuvintele respective, independent sau în propoziții, cu gura cât mai deschisă. După câteva încercări, va pronunța corect sunetul r. Continuăm cu aceste exerciții până la fixarea lui. Apoi, trecem la exerciții cu sunetul r, urmat de alte vocale şi în combinații cu toate celelalte foneme.

R apical (pronunțat cu vârful limbii) se obține de la cei care-l înlocuiesc cu r uvular sau cu alt sunet, prin exerciții conținând cuvinte

cu combinaţia de consoane r. Se pronunţă cu un suflu energic, pentru ca buzele să vibreze puternic.

În final, ca şi în cazul sigmatismului, sunetul r se consolidează în cuvinte şi în propoziţii.

1. ***Cuvinte ce conţin sunetul r iniţial:*** rac, ras, rod, roi, rom, ros, roz, rău, râd, râs, râu, rahat, ramă, rană, rapid, rată, rază, Rada, Radu, român, rouă, Roata, Rece, rudă, rufe.
2. ***Cuvinte ce conţin sunetul r în interiorul lor:*** are, mare, sare, tare, gară, pară, ţară, vară, horă, soră, soare, bere, mere, şură.
3. ***Cuvinte ce conţin sunetul r final:*** car, dar, par, sar, vor, cor, dor, nor, măr, păr, cer, ger, pahar, sobar, popor.
4. ***Propoziţii ce pot fi alcătuite cu cuvintele respective:***

   Radu râde. Rada mi-e rudă. A rămas rama. Are o pară. E horă mare. Horia e în ţară. Am un păr şi un măr. Tare mai râde. Afară e ger. Radu vine diseară. În măr mai văd mere. E mai răcoare. E tare frig afară. Un roi zboară peste râu. Are un trandafir. Radu trece pe cărare. Sub măr, e umbră şi răcoare. Un măr din grădina noastră e tare roditor. Vara trecută, gospodăria a avut o recoltă record.

Pentru restul sunetelor nu mai prezentăm asemenea exemple, deoarece ele pot fi alcătuite, la nevoie, de către logoped.

Dislalia celorlalte sunete este întâlnită mai rar, iar corectarea lor se realizează mai uşor. În genere, în corectare, se folosesc aceleaşi principii ca şi în cazurile de mai sus. Pentru corectarea acestor sunete se foloseşte, cel mai frecvent, metoda derivării. De pildă, sunetul p, când este afectat, se obţine din pronunţia cu suflu puternic a sunetului b şi prin încordarea buzelor, ceea ce determină o atenuare a vibrării coardelor vocale (specifică pentru p); sunetul b afectat se obţine din pronunţia corectă a sunetului m, prin strângerea narinelor cu degetelor în timpul emisiei; sunetul f afectat se obţine din pronunţarea corectă a lui p, prin retragerea buzei inferioare ; sunetul v derivă din f pronunţat cu voce; sunetul d se poate realiza din pronunţarea lui n şi strângerea narinelor ş.a.m.d.

Când b este înlocuit prin consoana surdă p, sunetul b se obţine cerând dislalicului să simtă cu dosul palmei că explozia aerului este mai puternică la sunetul p şi că la acesta coardele vocale nu vibrează, spre deosebire de sunetul b.

D substituit prin t se corectează ca şi b. În plus, cerem dislalicului să-şi apese puternic vârful limbii pe dinţii de sus.

G înlocuit prin c se obţine ca şi d. La nevoie, uşurăm pronunţarea sunetului g, apăsând cu degetul sub bărbia dislalicului, pentru a-i ridica limba spre palatul bucal.

V substituit prin f se obţine ca şi b. Pentru înlesnirea articulării, cerem dislalicului să atingă cu buza de jos incisivii superiori, în timp ce încearcă să pronunţe sunetul v.

Când f este afectat, se obţine prin suflarea, printre buzele aproape închise, a unui curent de aer. Dacă nu-l obţinem astfel, cerem subiectului să sufle spre o bilă sau o bucăţică de hârtie pentru a le pune în mişcare. Apoi mărim din ce în ce distanţa dintre gură şi obiect. Un alt procedeu este acela al stingerii unei flăcări de chibrit sau de lumânare la distanţe din ce în e mai mari faţă de gură.

H afectat se corectează punând dislalicul să sufle cu gura întredeschisă asupra unei oglinzi reci (oglinda se abureşte) sau asupra dosului palmei; el va simţi un curent larg şi cald de aer.

N înlocuit cu i se corectează determinând subiectul să atingă cu vârful limbii alveolele dinţilor de sus. Pronunţarea lui n se uşurează, dacă ducem arătătorul copilului la una din nările noastre şi apoi, la a lui; el va simţi vibraţia, dacă fonemul este corect articulat.

M substituit cu b se corectează prin perceperea tactilă de către dislalic a vibraţiei obrazului, întâi la logoped şi apoi la el însuşi.

Când fonemul c este înlocuit cu t, cerem dislalicului să-şi deschidă cât mai mult gura, astfel încât limba să nu poată atinge alveolele dinţilor de sus la pronunţarea lui c. Apoi, îl îndemnăm să compare deosebirile dintre suflul aerului la pronunţarea lui c faţă de a lui t. Când se pronunţă t, aerul este mai puternic şi mai concentrat, iar cel de la pronunţarea sunetului c este mai slab şi mai difuz.

P, care este uneori substituit cu b, se corectează prin diferenţierea suflurilor de aerului necesar emisiei. La p, el este mai puternic decât la b, la care se simt şi vibraţiile coardelor vocale.

T se realizează prin atingerea uşoară, de către limbă, a alveolelor incisivilor superiori şi nu prin apăsarea lor puternică de către dosul limbii. La t, suflul este mai puternic decât la d, iar numai la acesta dislalicul poate simţi vibraţiile coardelor.

***Vocalele, semivocalele şi diftongii*:**

A este vocala care se obţine printr-o deschidere a gurii de circa 15 mm şi prin apăsarea limbii pe planşeul bucal inferior.

Ă (deseori deformat de către hipoacuzicii de toate gradele, ca şi de către disartrici) se obţine prin aşezarea palmelor dislalicului pe pieptul logopedului şi apoi pe propriul său piept: el va simţi vibraţiile

toracelui, când ă este corect pronunțat. Pentru pronunția corectă a vocalei ă, este necesară o deschidere a gurii de circa 9 mm, iar vârful limbii trebuie să fie ușor retras în interiorul cavității bucale.

E este de multe ori deformat de hipoacuzici, disartrici și de către cei care suferă de nazonanță deschisă. Ei îl pronunță mai mult sau mai puțin „întunecat", atunci când este realizat cu efort. Pentru corectarea lui, vom cere subiectului să-l pronunțe în partea anterioară a gurii. În acest scop, îi putem solicita subiectului să execute gestul de aruncare a mâinilor de la piept înainte, concomitent cu articularea sunetului. (Mâinile trebuie să le țină cu palmele spre piept). Vocala e se pronunță corect, când vârful limbii se sprijină pe dinții incisivi inferiori, iar partea sa dorsală este ușor ridicată.

I, pe care-l deformează mai ales hipoacuzicii, se corectează prin executarea gestului de ducere în fața tâmplei a degetului arătător, iar vârful limbii sprijinit pe incisivii inferiori, partea posterioară fiind încordată, ridicată ușor spre palat.

Î, pe care îl deformează hipoacuzicii sever, se poate obține fie prin tragerea laterală a comisurilor buzelor, fie prin perceperea cu palma a vibrațiilor produse de fonem, în creștetul capului sau sub bărbie.

O, corect pronunțat, se realizează prin deschiderea mai mare și rotundă a gurii, limba retrasă în interiorul cavității bucale și prin rotirea în jurul gurii a arătătorului.

U se obține printr-o deschidere mică și rotundă a gurii și printr-o ușoară țuguiere a buzelor, în timp ce partea posterioară a limbii este ridicată.

Diftongii oa și ea, monoftongați și reduși la a, se obțin corect prin exersarea pronunțării ușor prelungite a primei vocale, urmată la scurt timp de pronunțarea celei de-a doua și apoi prin articularea mai rapidă a celor două vocale succesivă.

Grupările de consoane tr și pl:

Tr se obțin prin apăsarea puternică a limbii pe alveolele dinților incisivi și prin suflarea puternică și explozivă a aerului din gură.

Pl se realizează prin alipirea buzelor și prin explozia puternică în afară a suflului de aer reținut de vârful limbii lipite de cerul gurii. Pronunțarea acestei grupări de consoane se ușurează prin efectuarea gestului de aruncare scurtă și energică a capului în jos.

La deficienții de auz, dislalia este mai gravă și are o gamă mai întinsă. Tulburarea pronunțării vocalelor, care este rar întâlnită la

normali, apare frecvent la hipoacuzici. Imitarea vizuală a modului de articulare corectă dă rezultate pozitive. Majoritatea hipoacuzicilor prezintă un ton de bază al pronunţării vocalelor mai ridicate şi o amplitudine mărită, ceea ce determină dificultăţi în diferenţierea şi identificarea sunetelor.

La debilii mintal, pronunţarea se caracterizează prin neclaritate şi monotonie. Cuvintele simple se pronunţă mai uşor, dar se manifestă o dislalie a silabelor, în special în cuvintele complexe. În corectarea dislaliei, automatizarea sunetelor în cuvinte se realizează cu dificultate şi din cauza vocabularului sărac, a neformării structurii silabelor, a nedezvoltării auzului fonematic şi a inerţiei vorbirii. Structura vorbirii copiilor depinde de o serie de factori de ordin psihologic, astfel că „alegerea multor mijloace gramaticale de exprimare reflectă particularităţile gândirii copilului, orientată, mai ales, către concret, către situaţiile determinate afectiv" (Cazacu Slama T., 1957, pag. 401).

Spre deosebire de normal, la debilul mintal dislalia capătă forme mai rebele şi mai labile, ceea ce duce, în procesul de corectare, la recăderi mai frecvente. Datorită acestei labilităţi mari, fixarea formei corecte se realizează cu mai mult efort, iar activitatea de educare trebuie urmărită nu numai în cabinetul logopedic, ci în toate lecţiile specifice şcolilor speciale.

În educarea pronunţării corecte, o mare importanţă o are folosirea unor propoziţii şi fraze cu rimă. Acestea sunt repetate cu plăcere de către copil şi în afara orelor de activitate logopedică. Rezultate bune, în corectarea dislaliei, se obţin şi prin folosirea gestului şi a mimicii în timpul pronunţării. În special, la dislalicii cu deficienţe auditive, gestul şi mimica le uşurează perceperea sunetului şi îi ajută să-l integreze în cuvânt, ca şi folosirea dactilemelor, de altfel.

La copiii cu hipoacuzie mai accentuată, se recomandă, ca în corectarea dislaliei, să se folosească protezele auditive, pentru perceperea clară a pronunţării şi pentru a putea imita mai bine, auditiv, modelul corect.

La deficienţii de vedere, în corectarea dislaliei, un accent deosebit trebuie să se pună pe imitarea auditivă corectă a pronunţiei. Suplinirea vederii se poate realiza şi prin exerciţii de derivare a unor sunete pronunţate incorect din acele sunete care sunt emise fără dificultate şi prin perceperea tactil-kinestezică a mişcărilor pe care le execută aparatul fono-articulator în timpul pronunţării corecte.

În general, toate metodele şi procedeele descrise pot fi aplicate la oricare categorie de subiecţi cu tulburări de pronunţie, cu condiţia să se accentueze acea latură care le este mai accesibilă şi să se ţină seama de vârstă, de deficienţele asociate dislaliei, de nivelul dezvoltării intelectuale, de personalitatea subiectului.

Exersarea pronunţării corecte a sunetelor, după procedeele descrise mai sus, se finalizează cu fixarea acestora în cuvinte. Iniţial, fixarea sunetelor se va face în cuvinte mai bine cunoscute de dislalic şi care pot constitui, ulterior, cuvinte de sprijin pentru utilizarea unui vocabular mai complex.

Dacă subiectul ştie să scrie şi să citească, odată cu obţinerea corectă a sunetului, acesta se exersează şi se fixează, atât în vorbirea orală, cât şi în cea scrisă şi citită. Prin acestea, se dezvoltă posibilităţile de analiză şi sinteză a cuvântului, stimulându-l pe subiect în comunicarea cu cei din jur.

În toate metodele şi procedeele descrise pentru corectarea diferitelor sunete, în funcţie de vârstă şi în măsura dotării cabinetului logopedic, pentru a imprima şi tentă de joc, dar şi pentru a facilita emiterea verbală, se pot folosi şi aparate cu ecran, pe care se vizualizează unda pronunţiei corecte, peste care trebuie să se suprapună unda pronunţiei subiectului (repetând până ajunge la această performanţă) sau apare pe ecran un obiect ce dispare treptat şi gradat, prin lovirea sa de o rachetă, iar efectul este dependent de pronunţia mai mult sau mai puţin corectă. Poate fi şi o păpuşă conectată la ecran şi aşezată la loc vizibil, care bate din palme la pronunţarea corectă a subiectului ş.a.

4. *Organizarea activităţii de practică logopedică*

Organizarea activităţii de practică logopedică nu se face numai pentru corectarea tulburărilor de pronunţie, ci şi pentru toate celelalte tulburări. Aceasta priveşte, în egală măsură, amenajarea spaţiului în care se desfăşoară activitatea, inclusiv dotarea cabinetului cu mobilier şi materialul didactic necesar, ca şi selectarea unor probe pentru diagnoza tulburărilor de limbaj, a metodelor şi procedeelor educaţional-corective şi a unui material informativ din domeniul logopediei şi din domenii tangente cu preocupările respective.

Succesul activităţii logopedice depinde nu numai de metodele şi procedeele aplicate, de priceperea specialistului, dar şi de modul în care este organizată activitatea de corectare. Întregul complex de măsuri organizatorice are la bază o serie de principii izvorâte din însăşi activitatea practică cu logopaţii, după care se ghidează nemijlocit logopedul. O importanţă deosebită o are locul unde funcţionează cabinetul logopedic, cât şi populaţia logopată pe care o deserveşte. În aceeaşi măsură, interesează frecvenţa tulburărilor de limbaj din raza cabinetului logopedic, categoria de vârstă a subiecţilor şi nivelul dezvoltării mintale a acestora.

Există un anumit specific al activităţii logopedice desfăşurate în cadrul centrelor interşcolare, deosebit de cel din cabinetele logopedice de pe lângă policlinici, spitale sau de pe lângă şcolile speciale. În principiu, activitatea centrelor logopedice interşcolare se desfăşoară cu subiecţi logopaţi normali, din punct de vedere psihic şi senzorial (celelalte cabinete sunt frecventate de subiecţi cu tulburări de limbaj, apărute pe fondul unor deficienţe psihice, organice-funcţionale, senzoriale şi intelectuale). Se înţelege că, în funcţie de aceste particularităţi, cât şi de particularităţile de vârstă, de nivelul instrucţiei şi culturii logopaţilor, sunt diferite şi tipurile de activitate. Toate aceste caracteristici determină specificul activităţii logopedice. La ele se adaugă tipul tulburării de vorbire şi modul cum acesta influenţează personalitatea şi conduita logopatului.

Dacă pentru cabinetele logopedice din şcolile speciale şi din centrele de plasament, din policlinici şi spitale, acţiunea de depistare a subiecţilor cu tulburări de vorbire prezintă o importanţă mai mică, deoarece există evidenţa lor, pentru cabinetele logopedice interşcolare, la fiecare început de an şcolar trebuie iniţiată o acţiune de depistare a tuturor (sau a majorităţii) copiilor şcolari şi preşcolari care prezintă diferite deficienţe de limbaj şi care au nevoie de un tratament logopedic. Este necesară o evidenţă strictă a copiilor deficienţi, pentru a putea începe activitatea de corectare în funcţie de vârstă şi gravitatea tulburării. Considerăm că este necesar să fie luaţi în tratament, în primul rând, copiii preşcolari şi şcolarii mici, pentru a nu permite tulburărilor de vorbire să se transforme în deprinderi greşite, cât şi pentru optimizarea procesului instructiv-educativ. Se ştie că deprinderile deficitare se înlătură mai greu şi într-un timp mai îndelungat; formarea unor automatisme noi, însă, se realizează mult mai repede. Nu trebuie neglijaţi nici acei şcolari care sunt la vârsta pubertăţii şi adolescenţei, ştiut fiind că tulburările de limbaj provoacă

- mai ales în această perioadă – pe fondul unei excitabilităţi crescute şi a frământărilor lăuntrice, modificări profunde în personalitatea logopatului. La această vârstă, activitatea logopedică trebuie să fie deosebit de atentă, ştiute fiind preocupările acestei categorii de subiecţi faţă de propria persoană şi susceptibilitatea acestora în relaţiile cu cei din jur.

În acest context, activitatea logopedică se poate organiza pe etape, pentru a ierarhiza importanţa obiectivelor şi a stabili prioritatea demersurilor ce se fac. Astfel, în prima etapă, etapa de depistare, logopedul efectuează un examen sumar al vorbirii copiilor, din toate punctele de vedere (al articulării, al fonaţiei, al respectării regulilor gramaticale, al lexicului etc), fixând un diagnostic provizoriu. Unele date suplimentare, ce ţin de comportamentul logopatului, pot fi menţionate, fie pe baza observaţiei directe, fie din relatările cadrelor didactice. Dar diagnosticul diferenţial se va preciza mai exact în cabinetul logopedic. În etapa de depistare, atât cât permite timpul, se vor efectua observaţii asupra sunetului sau grupului de sunete afectate, asupra tipurilor de cuvinte în care este deficitar, cât şi a modului cum subiectul înţelege vorbirea persoanelor înconjurătoare, fluenţa vorbirii şi a scrisului ş.a.

Cea de-a doua etapă, etapa de corectare, se va desfăşura în cabinetul logopedic sau prin activitatea logopedului direct în şcoală sau în grădiniţă. Atunci când sunt logopaţi cu tulburări grave, ca dislalie polimorfă, logonevroză, alalie, afazie sau când apar complicaţii psiho-comportamentale, ca urmare a handicapului de vorbire, este indicat ca pentru început (câteva şedinţe) activitatea de corectare să se desfăşoare individual. Pe măsură ce subiectul se acomodează cu logopedul şi începe să aibă încredere în el, se pot constitui grupe, pentru a putea beneficia de activitatea de corectare, un număr cât mai mare de logopaţi. Dacă tulburările de limbaj sunt uşoare şi nu produc efecte negative deosebite în planul personalităţii, se pot constitui, de la început, grupe pentru corectare. Avantajul activităţii de corectare pe grupe rezultă şi din faptul că subiecţii se stimulează reciproc. În plus, se formează obişnuinţa de a vorbi în faţa colectivului, facilitând integrarea subiectului în acesta.

Constituirea grupelor de logopaţi trebuie să aibă la bază câţiva parametri mai importanţi:

- aproximativ aceeaşi vârstă;
- acelaşi nivel de dezvoltare psihică şi intelectuală;
- acelaşi tip de tulburare.

Pentru a se putea realiza o conlucrare eficientă cu fiecare subiect, grupele de logopaţi nu trebuie să fie prea mari (4-6 subiecţi). Activitatea în grup devine mai eficientă atunci când se adoptă şi exerciţii ajutătoare, premergătoare aplicării metodelor de corectare a limbajului. Din această categorie fac parte, cum s-a văzut, exerciţiile de respiraţie, de gimnastică pentru dezvoltarea motricităţii generale şi a motricităţii aparatului fono-articulator, de dezvoltare a auzului fonematic, de psihoterapie etc.

O importanţă similară trebuie acordată, selectării textelor folosite în efectuarea exerciţiilor pentru corectarea limbajului. Este de remarcat că asimilarea modalităţilor de corectare este dependentă şi de forma textelor şi povestirilor, de conţinutul acestora care trebuie să respecte anumite condiţii.

Oamenii învaţă mult mai repede şi reţin mult mai uşor materialul care corespunde interesului şi atitudinilor lor, aşa cum am mai arătat (este adevărată şi reciproca) - (Levine şi Murphy).

Pentru optimizarea activităţii de corectare a tulburărilor de pronunţie, se vor folosi instrumente şi material didactic din dotarea cabinetelor logopedice. Susţinem utilizarea unor instrumente (ca cele din trusa logopedică) numai în caz de absolută nevoie (ele au o eficienţă limitată, iar unii copii pot manifesta teamă sau chiar negativism faţă de ele). Întregul material din dotarea cabinetelor logopedice se va folosi în funcţie de vârstă, de înţelegerea subiectului, de tipul de deficienţă şi de posibilităţile de adaptare faţă de acesta.

Printre cele mai importante instrumente, aparate şi material didactic ce pot fi folosite în corectarea tulburărilor de limbaj şi care intră în dotarea cabinetului logopedic, menţionăm:

- trusa logopedică: conţine o serie de instrumente - spatule, sonde pentru fixarea poziţiei corecte a limbii, buzelor în timpul emisiei sunetului afectat;
- spirometrul, folosit pentru măsurarea şi exersarea capacităţii respiratorii;
- casetofonul, cu ajutorul căruia se înregistrează vorbirea subiectului în diferite etape de corectare, în scopul marcării progreselor înregistrate, pentru ascultarea propriei vorbiri, dar şi a unei vorbiri corecte (pentru comparaţia între rezultatele anterioare şi cele prezente, la care este solicitat subiectul);
- metronomul sau dinamometrul, pentru imprimarea ritmicităţii vorbirii;

- oglinzile logopedice, cu ajutorul cărora se realizează controlul pronunției (nazale sau bucale) și imitarea vizuală a modelului corect;
- canapeaua medicală, necesară exercițiilor de respirație și a echilibrării expir-inspir;
- scheme și imagini care indică poziția corectă a aparatului fono-articulator în timpul pronunției diferitelor sunete;
- imagini pentru stimularea vorbirii, mai cu seamă în cazul copiilor mici;
- diapozitive folosite în același scop;
- jucării în care se poate sufla (pentru exersarea capacității respiratorii) etc

Adeseori, în practica logopedică, în timpul corectării dislaliei sau a altor tulburări de limbaj, se utilizează ilustrații. Acestea nu contribuie direct la corectarea vorbirii tulburate, dar ele sunt utile, mai ales în munca cu preșcolarii mici, deoarece le stimulează activitatea verbală. Folosirea ilustrațiilor asigură:

- intuirea obiectelor și fenomenelor;
- declanșarea spontană a denumirii acestora;
- stimularea interesului pentru activitatea verbală;
- demonstrarea mai facilă a sensului ideilor vehiculate.

Conținutul și varietatea ilustrațiilor sunt condiționate de vârstă și de nivelul înțelegerii copiilor. Se impune o mare atenție din partea logopedului, deoarece folosirea unor ilustrații cu aglomerări mari de obiecte sau fenomene distrage atenția copilului de la scopul activității logopedice. Mai eficiente ni se par suitele de imagini. Ele permit constituirea narației unitare, din care putem desprinde nu numai modul cum pronunță subiectul, dar și nivelul înțelegerii conținutului celor prezentate. Faptul ne îngăduie aprecieri și asupra nivelului dezvoltării intelectuale a subiectului, ceea ce prezintă o importanță deosebită în stabilirea metodelor și procedeelor de corectare a vorbirii. Dar oricâte avantaje ne-ar conferi, nu optăm pentru utilizarea excesivă a ilustrațiilor, nici chiar în cazul preșcolarilor, pentru că astfel ne abatem de la scopul principal, acela de corectare a vorbirii.

Un alt aspect, căruia merită să-i acordăm importanța cuvenită și care face parte integrantă din concepția noastră cu privire la modul de organizare a activității logopedice, este acela al asigurării continuității corectării vorbirii și în afara cabinetului logopedic(în familie, în grădiniță, în școală, la locul unde își desfășoară activitatea

logopatul). Pentru realizarea acestui deziderat, este necesară asigurarea unei colaborări permanente între logoped, cadrele didactice şi membrii familiei logopatului. Părinţii trebuie iniţiaţi pentru a putea continua unele exerciţii prescrise de specialist şi mai ales acelea care urmăresc consolidarea sunetului corectat, prin folosirea lui în propoziţii şi povestiri adecvate. În acelaşi timp, părinţii trebuie determinaţi să înţeleagă necesitatea abţinerii de la unele iniţiative care pot dăuna vorbirii subiectului. Persoanele din anturajul logopatului pot fi de un real folos, prin crearea unui climat favorabil activităţii, prin stimularea continuă şi manifestarea înţelegerii faţă de deficienţa sa. O atmosferă corespunzătoare în familie poate evita eşecul şcolar în care subiectul se poate lăsa antrenat, nu din cauza incapacităţii sale intelectuale, ci datorită frământărilor lăuntrice şi a pierderii încrederii în propriile-i forţe.

Diversificarea şi specializarea tot mai accentuate a profesiilor, precum şi creşterea ponderii factorului intelectual în desfăşurarea diferitelor activităţi, corespunzător cu creşterea permanentă a necesarului de forţă de muncă de înaltă calificare pe care o reclamă dezvoltarea socială actuală, impun şcolii eforturi tot mai mari în reducerea şi chiar eliminarea eşecurilor.

Problema randamentului şcolar este astăzi, mai mult ca oricând, în atenţia pedagogilor şi psihologilor, chemaţi să găsească cele mai eficiente metode şi procedee, care să ridice nivelul calitativ al procesului instructiv-educativ. Sunt numeroase situaţiile în care aşa-numitele cazuri-problemă s-ar putea rezolva printr-o cunoaştere profundă. Astfel, am înţelege că este vorba, de fapt, nu de cazuri-problemă, ci de elevi cu probleme, a căror rezolvare este posibilă printr-o strânsă colaborare între şcoală–familie–psihologi şi pedagogi.

Depistarea diferitelor tipuri şi grade de deficienţi ar permite luarea lor în evidenţă şi tratament, şi desfăşurarea, cu aceşti elevi, a unei activităţi şi tratament şi desfăşurarea cu aceştia a unei activităţi instructiv-educative specializate, care să-i scoată din categoria elevilor cu insuccese şcolare sau din categoria „elevilor problemă". Adesea, se ajunge la un decalaj mai mare între elevii cu diferite deficienţe şi elevii normali, datorită opticii unor pedagogi cu privire la posibilităţile acestora. Se consideră, adesea - când există în clase şi elevi cu tulburări de vorbire - că ei nu pot să se ridice la nivelul exigenţelor colectivului respectiv, acordându-li-se, de multe ori, doar calificative minime, necesare promovării dintr-o clasă în alta. Trecerea ulterioară a acestor elevi în alte forme de şcolarizare, îi pune în faţa unor situaţii

dificile, pe care , de multe ori, nu le pot rezolva, devenind într-adevăr „elevi-problemă”.

Tulburările de limbaj pot fi foarte variate – de la forme uşoare – aproape insesizabile sub raportul randamentul şcolar, a căror manifestări nu influenţează vizibil reuşita la învăţătură – până la tulburări grave, cu implicaţii profunde în desfăşurarea activităţii şcolare.

În unele forme ale tulburărilor, se poate constata o rămânere în urmă a elevilor, începând chiar din primele clase de şcoală. Ca urmare a unor cauze obiective, manifestarea deficienţei de pronunţie, spre exemplu, atrage după sine apariţia dificultăţilor de scriere. Dacă fenomenul nu se înlătură la timp, decalajul faţă de ceilalţi elevi va creşte treptat, elevul respectiv ajungând să fie considerat slab dotat, din punct de vedere intelectual. În acest caz, însuşi elevul va accepta acest calificativ, adoptând o atitudine de totală inactivitate. În unele forme grave de logopedie, se pot întâlni şi alte aspecte: elevul poate avea un randament şcolar mult mai scăzut decât posibilităţile lui, datorită unei integrări defectuoase în colectivul de elevi şi a existenţei unor relaţii anormale între familie şi şcoală.

Integrarea logopaţilor într-un colectiv nepregătit pentru primirea unor astfel de elevi va fi dificilă; foarte repede, elevul va deveni ţinta ironiilor colegilor săi, va fi imitat, va fi izolat de ceilalţi copii, ceea ce va duce, treptat, la o închidere în sine, la slăbirea încrederii în capacităţile proprii, la autorealizare, la trăirea unor stări penibile în faţa clasei şi a pedagogilor.

Subiectul neintegrat, deşi înzestrat cu posibilităţi intelectuale, va refuza să răspundă la lecţii şi, prin urmare, va fi apreciat ca slab sau foarte slab. Acest fapt va genera conflicte şi tensiuni emoţionale, cu consecinţe imediate asupra activităţii de învăţare, fiind afectată şi motivaţia acestuia. Dacă toate acestea vor fi întreţinute şi de un dezinteres din partea familiei şi de o lipsă de preocupare din partea şcolii, randamentul scăzut al elevului va afecta întreaga sa personalitate.

Neadaptarea logopatului este determinată, aşadar, nu numai de gravitatea handicapului de vorbire, dar şi de atitudinea faţă de deficienţa sa. Tulburarea relaţiei afective dintre logopat şi colectivul de elevi în care îşi desfăşoară activitatea are influenţe asupra randamentului şi, în general, determină insuccese.

S-a constatat că odată cu corectarea tulburărilor de limbaj, subiectul şi-a îmbunătăţit simţitor şi randamentul şcolar, producându-

se modificări esenţiale şi în stabilirea unor relaţii tonifiante cu colectivul din care face parte. De pe aceste poziţii, înţelegem mai bine necesitatea organizării activităţii logopedice, în aşa fel încât tulburările de vorbire să se depisteze şi să se corecteze de la vârsta preşcolară. Corectarea logopatiei contribuie, pe de o parte, la înlăturarea insuccesului în activitatea şcolară, iar pe de altă parte, asigură creşterea receptivităţii faţă de influenţele pozitive care conduc la formarea armonioasă a personalităţii.

Capitolul IX

INFLUENŢA TULBURĂRILOR DE PRONUNŢIE ASUPRA PERSONALITĂŢII ŞI COMPORTAMENTULUI

În logopedia contemporană se acordă o importanţă deosebită efectelor pe care le au tulburările de limbaj în planul personalităţii şi al comportamentului, în general. Ca atare, logopatul nu mai este tratat ca o simplă persoană cu handicap de limbaj; el este privit, în perspectiva educării atât în ceea ce priveşte corectarea tulburărilor de vorbire, cât şi în ceea ce priveşte formarea şi dezvoltarea personalităţii, capabilă să adopte comportamente integrative şi adecvate sarcinilor activităţii pe care o desfăşoară. Acestea sunt deziderate ale tuturor specialiştilor în logopedie, care urmăresc să răspundă nevoilor subiectului de a se dezvolta armonios în toate palierele activităţii psihice şi de a-şi valorifica, maximal, potenţialul psihic.

Tulburările de limbaj, începând cu cele mai simple, determină, la o anumită vârstă, dezorganizarea echilibrului personalităţii şi dezordini comportamentale. Aceste efecte negative pornesc de la neparticiparea şi neadaptarea la viaţa de colectiv, manifestă reţineri în vorbire, inhibiţie în desfăşurarea activităţii, ajungând până la dezorganizarea personalităţii. Cu cât handicapurile de limbaj sunt mai grave şi acţionează la o vârstă când persoana face eforturi considerabile pentru afirmarea sa în planul vieţii sociale, cu atât efectele negative sunt mai mari, iar tulburările de personalitate sunt mai accentuate. Dacă în perioada preşcolară, copiii dau puţină importanţă tulburărilor de vorbire, la şcolari, şi mai cu seamă la puberi

şi adolescenţi, existenţa acestora poate determina trăirea unor adevărate drame.

Dacă avem în vedere că fiecare stadiu de dezvoltare cronologică a copilului se caracterizează printr-o serie de particularităţi specifice, putem înţelege mai bine ce înseamnă, pentru copil, existenţa unui handicap de vorbire şi ce efecte poate să producă asupra structurilor fragile, caracteristice perioadei respective. Ni se par edificatoare, în acest sens, ideile lui A. Gessell, cu privire la caracterizarea vârstelor copilăriei: la şase ani, copilul este agitat, extremist şi trăieşte tensional situaţiile ivite; la şapte ani, copilul devine mai calm, meditativ, preocupat de stările sale interioare; la opt ani, el devine interesat nu numai de universul său interior, ci şi de cel exterior, este expansiv şi extravagant. În fine, la nouă ani copilul se priveşte autocritic, manifestă un individualism temperat şi este preocupat de generalizări.

Aşadar, copiii de vârstă şcolară mică, la care se întâlnesc dislalii şi disgrafii în proporţie relativ mare, manifestă receptivitate faţă de părerile persoanelor din jur şi exigenţă faţă de propria lor comportare şi relaţionare cu colegii şi cu adulţii. Existenţa handicapurilor de limbaj îi împiedică să se simtă degajaţi şi să-şi exprime gândurile şi ideile pe măsura posibilităţilor lor intelectuale. Aceasta îi face să fie nervoşi, deprimaţi şi să treacă uşor de la o stare afectivă la alta. Şi persoanele adulte suportă greu tulburările de limbaj şi nu pot înţelege că frământările în care se zbat nu contribuie la corectarea vorbirii, ci dimpotrivă, au consecinţe negative. În cazurile când handicapurile de limbaj există pe fondul altor deficienţe, ca cele senzoriale sau fizice, tulburările personalităţii, deja existente în majoritatea situaţiilor, se accentuează. La debilii mintal, fenomenele nu sunt atât de complicate, deoarece aceştia nu reuşesc, în toate cazurile, să-şi conştientizeze defectele şi nu trăiesc situaţia în mod tensional.

În debilitatea uşoară şi în intelectul de limită, tulburările de limbaj pot constitui, alături de deficienţa intelectuală, factori traumatizanţi, cu efecte în planul comportamental. Indiciul cel mai evident al unor tulburări de personalitate, atât la normali, cât şi la deficienţii senzoriali şi de intelect, constă în adoptarea unor comportamente antisociale, imposibilitatea sau slaba integrare în colectiv, izolarea de colectiv şi închiderea în sine, negativismul şi încăpăţânarea, manifestarea unor atitudini defavorabile activităţii şi subaprecierea acesteia.

Caracteristicile personalității deteriorate pot fi mai ușor identificate, nu numai prin surprinderea unor manifestări, dar și printr-o serie de teste care, în majoritate, sunt orientate tocmai spre surprinderea unor asemenea aspecte. Totuși, în observarea unor tulburări de personalitate, prin intermediul testelor, trebuie să avem în vedere că intervin dificultăți și că, în general, acestea au o validitate mai redusă, comparativ cu rezultatele obținute din sondarea altor aspecte psihice.

Este știut că sondarea percepțiilor, a gândirii, a memoriei, a atenției etc. și rezultatele obținute pot fi generalizate și la alte categorii de subiecți, pe când particularitățile personalității și studierea acestora au un specific mai pregnant și diferă de la caz la caz, dată fiind natura influențelor sociale și de structură atât de complexe și de diversificate.

Tulburarea de limbaj poate constitui un factor stresant, atunci când subiectul nu găsește înțelegerea necesară față de dificultatea sa în vorbire sau când acesta nu întrevede perspectiva corectării ei.

În asemenea situații, subiectul trăiește emoții-șoc, stări prelungite și dureroase, manifestă nesiguranță nu numai în vorbire, dar și în alte activități; apare surmenajul fizic și intelectual, care își pune amprenta pe întreaga sa activitate.

În cazurile mai grave sau prin existența și a altor handicapuri, suferința psihică se accentuează prin instalarea nevrozei, a anxietății și, ca urmare, se manifestă prin izolarea de colectiv și prin fenomene de dezadaptare.

Comportamentul dislalicului, ca și al tuturor handicapaților de limbaj, nu se manifestă prin stabilitate, ci prin mari oscilații de la o situație la alta, de la o zi la alta sau în funcție de perceperea unor stimuli care au o semnificație redusă pentru alte persoane, dar pe care logopatul îi amplifică și îi recepționează ca factori negativi. De aici, rezultă că trăsăturile de personalitate sunt foarte fragile și instabile. Or, relația dintre caracteristicile stabile și cele instabile denotă un anumit tip de personalitate și poate deveni o trăsătură dominantă a personalității „accentuate".

În studiul personalității, psihologii au avut dintotdeauna în vedere și deteriorarea acesteia, ca urmare a acțiunii unor factori stresanți. Tulburarea echilibrului dintre organism și mediu, indiferent de natura sa, a constituit un experiment ce a orientat cercetările psihologice în domeniul personologiei spre aprecierea persoanei în condițiile naturale de viață. Personalitatea logopatului se poate dezorganiza, iar în conversație apar reținerea și teama de vorbire, ceea

ce creează o stare de inerție, de rigiditate. Teama de a vorbi se întărește sub forma unor legături durabile și obsedante și, astfel, poate apărea bâlbâiala, pe fondul dislaliei sau a altei tulburări de limbaj.

În unele cazuri, asemenea situații pot amplifica handicapurile de vorbire prin apariția unui mutism electiv ce comportă, la copii, în special, rămâneri în urmă în planul dezvoltării limbajului, izolarea și subaprecierea propriilor posibilități. Odată cu intrarea în școală a copilului dislalic, tabloul manifestărilor psihice se complică tot mai mult. Solicitarea copilului de a vorbi în fața colectivului de elevi și neputința lui de a se exprima corect îi provoacă o stare de oboseală intelectuală și fizică, hipersensibilitate afectivă și refuzul de a mai răspunde, de teamă să nu greșească. Acestea determină o serie de manifestări comportamentale, care afectează personalitatea copilului și relațiile lui cu ceilalți copii și cu adulții.

Două exemple sunt edificatoare, pentru înțelegerea tulburărilor comportamentale provocate de dislalii:

N.E., în vârstă de 6,3 ani cu diagnosticul de dislalie polimorfă, dar normal din punct de vedere psihic, nu a acordat o importanță deosebită handicapului de vorbire până la intrarea în școală. La intrarea în colectivul clasei, se manifestă vioi și participă cu plăcere la jocuri. După câteva zile, a observat că este evitat de unii dintre colegii săi, râdeau ori de câte ori încerca să spună ceva sau să răspundă la lecție. Unii copii îl imitau, încercând să vorbească ca el. Nu după mult timp, N.E. a devenit retras, plângăreț, inhibat; a început să manifeste un refuz total de a mai vorbi cu ceilalți copii sau de a răspunde la întrebările învățătoarei. Mama copilului relata că acesta refuză să mai vină la școală, deși în primele zile era vesel și învăța cu plăcere.

Deoarece aceste tulburări comportamentale erau ușoare și într-un stadiu de început, în paralel cu activitatea de corectare a vorbirii, copilul a fost încurajat printr-o terapie de susținere, i s-a explicat că tulburarea sa este trecătoare și nu va influența negativ rezultatele la învățătură. După ce s-au obținut rezultate pozitive, pe linia corectării vorbirii, copilul a început să frecventeze școala, într-o altă clasă, care a fost pregătită în prealabil.

P.D., în vârstă de 5 ani, cu diagnosticul de pararotacism, dar normal din punct de vedere psihic, frecventa grădinița cu orar redus. Copil unic, era răsfățat și i se satisfăceau toate plăcerile. Mama copilului susținea că nu o deranjează pararotacismul copilului. Ceva mai mult, o amuza vorbirea lui, considerând-o mai deosebită. Ea însăși manifesta un rotacism velar, pe care avea grijă să-l pună în

evidență. Copilul era tutelat și supravegheat exagerat. La grădiniță, era adus numai la insistențele tatălui, dar P.D. nu se putea adapta atmosferei, deoarece, considera mama, era prea sensibil și cu preocupări „serioase": „desenează, știe să scrie și chiar să citească, iar copiii sunt răi și neastâmpărați". În ultimul timp, copilul a început să manifeste și o ușoară bâlbâială, pe care părinții nu au observat-o sau nu i-au acordat atenție.

Educatoarea grupei de copii, din care face parte P.D., relata că acesta este trist, nu participă la jocurile copiilor, răspunde monosilabic la întrebările ei sau prin mișcări ale capului, este agitat și nervos. Când este solicitat să spună ceva, vine lângă educatoare și îi răspunde în șoaptă.

Deoarece tatăl copilului se părea că înțelege mai bine situația, a fost invitat la cabinetul logopedic și, împreună cu el, a fost stabilit regimul de viață și modul de comportare al adulților față de acesta. Educatoarea a început să-l încurajeze și să-l antreneze mai des la diferite activități. În același timp, activitatea de corectare, din cabinetul logopedic, era continuată de educatoare, în grădiniță.

Rezultatele activității desfășurate cu P.D. au început să se observe la scurt timp. Copilul făcea eforturi mari pentru a fi pe placul adulților și al colegilor, se străduia să răspundă cât mai bine și să îndeplinească sarcinile de joc, vorbea degajat și fără teamă, iar cuvintele, care conțineau sunetul r, erau rostite cu accent și satisfacție.

În funcție de particularitățile temperamentale, de vârstă, de educație și de dezvoltare mintală, tulburările de vorbire, în general, pot provoca și o excitație psihomotorie, manifestată prin agitații permanente, chiar în lipsa unor cauze corespunzătoare. La alți handicapați de limbaj, pot apărea manifestări inhibitive, care duc la un comportament rigid, uniform și fără un activism adecvat momentelor respective. La puberi și la adolescenți, trăirea negativă a handicapului de vorbire poate determina tulburări afectiv-emoționale și voluntare atât de profunde încât aceștia manifestă o stare depresivă permanentă.

În general, tulburările comportamentale sunt provocate de conflicte lăuntrice, de frământări interne, în cazul în care subiectul nu întrevede rezolvarea situației sale dificile. Când conflictele se prelungesc și devin cronice, ele influențează negativ formarea caracterului logopatului și nu-i stimulează dezvoltarea psihică. La subiecții cu tulburări de vorbire, apar contradicții în rezolvarea problemelor și în studierea modalităților de acțiune mintală și practică.

Existența tulburării de limbaj, la debilii mintal, duce la accentuarea handicapului mintal și de comportament, ca urmare a deficitului funcțiilor de cunoaștere și de exprimare, a imaturității afective, a creșterii sugestibilității, impulsivității și rigidității psihomotorii. Deficitul de intelect îngreunează aprecierea concretă și adecvată a situațiilor de viață ce necesită o adaptare comportamentală și care presupune anticiparea acțiunii, a riscurilor și împrejurărilor favorabile ce-l solicită. În acest sens, legarea genezei afective de geneza gândirii exprimă, în fapt, determinismul psihologic și cunoașterea caracterului unitar al psihismului. R. Zazzo este de părere că inteligența nu constituie un factor suficient pentru determinarea adaptării sociale. Trebuie considerați, în acest context, și factorii emoționali, ca și cei de mediu, care tocmai sunt afectați de tulburările de limbaj.

Desigur, nu toți debilii mintal manifestă tulburări de comportament sau, cel puțin, ele nu ies din limitele acceptate. Astfel, la debilul mintal „armonic" singura manifestare dominantă constă în deficiența de intelect, iar la debilul „dizarmonic", insuficiența intelectuală este asociată cu tulburările afective. Debilul „dizarmonic" se caracterizează prin instabilitate, în special prin instabilitate psihomotorie și afectivă, emotivitate exagerată, manifestată prin dispoziții schimbătoare și reacții paradoxale. La pseudodebili, carențele afective dețin rolul principal și sunt determinate de lipsa îngrijirii în familie și în creșe, de slaba preocupare a familiei sau a cadrelor didactice pentru dezvoltarea afectivității. Dar și hiperprotecția exagerată poate provoca, la copii, aceleași carențe afective. De aici, apar o serie de comportamente aberante, ca și o serie de impulsuri primare în fața cărora debilul nu găsește soluția de opunere și nici ieșirea din împrejurările dificile. De exemplu, copilul C. A., în vârstă de 12 ani, are diagnosticului logopedic de sigmatism și rotacism, bâlbâială cronică și tulburări ușoare de voce, iar diagnosticul psihologic stabilește o debilitate mintală ușoară. C.A. frecventează școala specială de la vârsta de 7 ani, dar a pierdut un an. În clasă, se manifestă extrem de agitat, nu poate sta în bancă până la terminarea lecției, ia stiloul colegului și deranjează alți copii, pune întrebări în timpul explicației, iar dacă i se atrage atenția să fie cuminte, se declară supărat și comentează, mai mult în șoaptă, ideile și dorințele sale apărute spontan. În pauze, devine agresiv față de copii și apoi vine să-i reclame. Se manifestă tiranic, rău și negativist.

Nu are răbdare să-şi facă lecţiile şi părăseşte clasa fără să ceară permisiunea educatorului. Progresele pe linia afectivităţii logopedice sunt lente şi declară, în permanenţă, că nu mai vrea să participe la activitatea „plicticoasă de aici".

Se ştia că C. A. a fost acceptat într-un grup de copii care puneau la cale tot felul de năzbâtii, absentau de la şcoală şi aveau un loc de întâlnire într-o casă părăsită şi în curs de demolare. C.A. făcea grupului tot felul de servicii, de la mici cumpărături, până la furtul unor fructe din piaţă. Dar după un anumit timp, „şeful" grupului s-a schimbat şi C.A. nu a mai fost acceptat. Atunci, C.A. a denunţat grupul (din care făcuse şi el parte), declanşând o reacţie violentă din partea celorlalţi copii, care l-au bătut în aşa fel încât a avut nevoie de îngrijiri medicale. În perioada îngrijirilor medicale, s-a lucrat în mod special cu el. Era profund tulburat pentru că a fost respins de către grup (după cum relata), din cauza frecventării unei şcoli speciale şi pentru că nu avea o pronunţie corectă. Toate aceste frământări au fost speculate, ducând la reuşita activităţii cu el. C.A. a început să manifeste un interes mai mare pentru corectarea vorbirii şi pentru activitatea de învăţare.

La deficienţii de auz şi de vedere, handicapurile de vorbire creează probleme în plus, în ceea ce priveşte integrarea socială. Spre deosebire de debilii mintal, ei îşi dau seama de deficienţa lor şi înţeleg eşecurile repetate ca fiind determinate şi de posibilităţile lor reduse de exprimare. Din cauza nefolosirii cuvântului de către surzi sau a folosirii lui deficitare de către hipoacuzici, precum şi a slabei înţelegeri a vorbirii, aceştia au o evoluţie psihică şi socială mai lentă. Se pot obţine îmbunătăţiri evidente la copii, prin frecventarea grădiniţei şi a şcolii, unde prin conţinutul muncii dirijate şi metodice se asigură evoluţia psihică şi se impulsionează socializarea.

În cazul pierderii vederii, se produce un dezechilibru profund în relaţiile individului cu lumea externă, care este mai pronunţat în prima perioadă a apariţiei deficienţei. Dificultăţile de pronunţare sunt mai frecvente la deficienţii de vedere congenitali, deoarece ei nu au posibilitatea să imite modelul corect, decât pe cale auditivă. Sensibilitatea lor este foarte accentuată, ca, dealtfel, şi conflictele interne, din cauză că aceştia au mari dificultăţi de orientare în mediu. Ei trăiesc dramatic nu numai deficienţa de vedere, dar şi handicapul de limbaj manifestat pe fondul unui intelect normal.

Labilitatea articulatorie, atât la normali, cât şi la deficienţii de intelect şi senzoriali, nu se supune – cel puţin temporar – legilor de

subordonare dirijată a formării automatismelor vorbirii corecte. Altfel spus, aferentația inversă funcționează deficitar; nu se realizează un circuit complet, și prin aceasta manifestarea exterioară nu se poate finaliza. În cazul acesta, există posibilitatea formării unor automatisme deficitare, care, odată apărute, se înlătură cu destulă dificultate. Un exemplu de atare labilitate îl constituie cazurile de dislalie psihonevrotică sau de bâlbâială determinată psihonevrotic. Dezintegrarea funcției de pronunțare poate fi înțeleasă și prin instabilitatea și manifestarea slabă a performanțelor lingvistice sau prin apariția lor ceva mai târziu. Aceste cazuri nu se pot corecta de la sine, deoarece, chiar atunci când logopații, ce aparțin categoriei respective devin conștienți de deficiența lor, nu sunt capabili de un efort voluntar necesar stăpânirii actului de articulare în mod corespunzător. În felul acesta, personalitatea subiectului suferă și, în funcție de structura sa psihofizică și de gravitatea handicapului de vorbire, pot apărea comportamente aberante, caracteristice pentru majoritatea logopaților. Corectarea unor asemenea comportamente, cât și a personalității, în general, se face concomitent cu activitățile logopedice care acționează direct asupra corectării tulburării de limbaj. De fapt, progresele înregistrate în corectarea logopatiei influențează, pozitiv, evoluția personalității, ca și invers: logopații, capabili să înțeleagă caracterul tranzitoriu al handicapului, capătă încredere în corectarea acestuia, fac eforturi susținute în activitățile educative, reușind, astfel, să obțină rezultate încurajatoare într-un timp relativ scurt.

Capitolul X

EVOLUȚIE ȘI RELAȚIE ÎN DISGRAFIE – DISLEXIE

1. Spre o teorie generală în disgrafie – dislexie

Din moment ce se adoptă o asemenea formulare, chiar în titlul capitolului, se pare că problema complică şi mai mult dificila relație dintre tulburările limbajului scris şi ale celui citit, pentru că, deşi evoluția celor două procese este paralelă, în condiţiile de dereglare, fiecare din acestea se prezintă printr-o serie de caracteristici specifice, dar, frecvent, cu condiționări reciproce. Toți dorim să ne menţinem la ideea formulată, deja, în paginile anterioare, şi anume, că avem ferma convingere că o tratare separată este în avantajul elucidării problemelor, deşi acest lucru este mai uşor de realizat. Pe de altă parte, nici în învățarea scris-cititului şi nici în tulburarea acestora nu se pot face disocieri, deoarece fenomenele respective sunt legate, atât în plan psihologic, cât şi în cel neurologic şi psihomotric. Totuşi, şi aici, ca şi în alte tulburări ale limbajului, specificul limbii imprimă o anumită pondere a disgrafiei în raport cu dislexia. Astfel, la limba română, limbajul scris are un caracter pronunțat fonetic, ceea ce poate explica, într-o oarecare măsură, frecvența mai mare a tulburărilor scrisului şi locul ocupat de diferitele manifestări în raport cu altele. Există, desigur, şi alte limbi, cum sunt italiana, franceza, daneza, spaniola, latina, greaca etc, care au aceste caracteristici şi care, comparate cu engleza, spre exemplu, determină un curs specific tulburărilor scris-cititului. La limba română, disgrafia ocupă un loc

central față de dislexie, având nu numai o frecvență mai mare, dar și manifestări accentuate. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, disgrafia este însoțită de forme ușoare de dislexie, iar existența tulburărilor de citit constituie, totdeauna, și un indiciu al tulburărilor grafismului. În limba engleză, predomină tulburările cititului, deși Macdonald Critchley (1972) neagă că dislexia ar fi întâlnită, mai ales, în Anglia; situația se datorează, după părerea sa, faptului că dislexicii sunt identificați mai ușor, ca urmare a dificultăților de stăpânire a ortografiei „demodate" a limbii engleze. Același autor consideră un paradox explicarea frecvenței mai reduse a dislexiei prin ortografia mai logică a unor limbi, deoarece aceasta se datorează, mai degrabă, procedeelor de predare a limbii respective, care facilitează o înțelegere și o asimilare mai lesnicioasă.

În fine, trebuie luată în considerație și ideea frecvent vehiculată în literatura de specialitate, prin care tulburările lexice și grafice sunt raportate la o serie de factori structural-funcționali, psihologici, pedagogici și chiar cu caracter socio-economic. De pe aceste poziții, se discută, pe de o parte, încadrarea tulburărilor respective în sistemul psihic uman și în subsistemul personalității, în special, iar pe de altă parte, măsurile profilactice și de integrare socio-profesională a handicapaților. În același timp, se poate sublinia că dificultățile în abordarea problematicii provin nu numai din formația diferită a specialiștilor, dar mai cu seamă din limitele în precizarea etiologiei și manifestărilor atât de variate ale tulburărilor lexico-grafice. Cu toate aceste aprecieri, prea puțin sau chiar sporadic aceste tulburări sunt raportate la particularitățile de personalitate și la dezvoltarea senzorială și mentală a logopaților. În fine, nu sunt cunoscute studii consistente asupra tulburărilor lexico-grafice în sistemul Braille.

Noi ne propunem și vom încerca să suplinim, chiar și parțial, aceste lacune; cititorul rămâne să aprecieze în ce măsură am reușit să o facem și să ne aducem o contribuție personală, pornind de la premisa că o teorie cu caracter general pune mai bine în evidență și relația dislexo-disgrafică.

2. *Terminologie și definiție*

În toate categoriile tulburărilor de limbaj, se poate constata existența unei terminologii variate, date de perspectiva

psihopedagogiei sau de cea medicală şi chiar de un amestec nu întotdeauna fericit. Astfel, mai mult ca în oricare tulburare de limbaj, în literatura de specialitate circulă o pluralitate de termeni, pentru desemnarea tulburărilor lexico-grafice, care îşi au originea în etiologia producerii fenomenului şi a componentei structural-funcţionale afectate, care determină imposibilitatea dezvoltării abilităţilor de scris-citit. Deşi mulţi autori îi folosesc, în final, din punct de vedere simptomatologic, ei se referă la aceeaşi sferă de fenomene pe care o cuprindem azi sub denumirea de disgrafie-dislexie, pentru tulburările parţiale, şi agrafie-alexie, pentru tulburările totale sau cu o arie complexă în întindere şi profunzime. Dintre aceştia, o circulaţie mai mare o au termenii de: întârziere în citirea specifică, incapacitate în citirea specifică, legastenie, ambliopia cuvântului, bradilexie, tiflolexie, cecitate scriptică, dislexie congenitală, dislexie evolutivă, tulburări înnăscute ale scris-cititului sau, pur şi simplu, disgrafie şi dislexie şi agrafie şi alexie.

Cei mai mulţi autori nu comentează terminologia folosită, dar o adoptă pe cea pe care o consideră că are o sferă de cuprindere cât mai exactă a fenomenului analizat. De pildă, Arnold (1959) este de părere că termenul de „tulburări înnăscute ale citit-scrisului" exprimă atât conţinutul, cât şi etiologia tulburărilor lexico-grafice, iar prin precizarea componentei morfo-funcţionale, se desemnează categoria de subiecţi bine definiţi şi fondul deteriorat în plan neurologic sau psihic. După ce respinge, rând pe rând, termenii cunoscuţi, Critchley (1972) se opreşte la trei concepte de bază, cu care şi operează în cunoscuta sa lucrare: dislexie specifică, dislexie evolutivă şi dislexie evolutivă specifică, iar pentru cazurile când aceste tulburări se asociază cu deficienţe cerebrale, termenul potrivit, după acelaşi autor, este cel de dislexie simptomatică. În literatura medicală se foloseşte, cu precădere, o terminologie care pleacă de la ideea că, în general, tulburările de citire şi scriere sunt asociate cu o deficienţă cerebrală. Desigur, aceasta este o exagerare şi priveşte o perspectivă reducţionistă, care nu ia în considerare factorii psiho-pedagogici şi nici condiţiile de mediu social-cultural în care se dezvoltă individul. Chiar în cadrul Federaţiei Mondiale de Neurologie, prin folosirea termenului de dislexie evolutivă, se subliniază existenţa unor factori genetici care marchează debutul şi evoluţia tulburării şi nu se face distincţia în raport cu dislexia propriu-zisă, ce nu are la bază o deteriorare cerebrală. Alţi autori de formaţie medicală, ca McGlannan (1968), apelează la termenul de dislexie complexă ce acoperă aceeaşi

sferă de fenomene ca şi dislexia simptomatologică. Luând în consideraţie componenta dezvoltării mintale, Hinshelwood (1917) propune termenul de dislexie congenitală pentru subiecţii care au o înapoiere uşoară în plan mintal, alexie congenitală a căror incapacitate lexicală se datorează, exclusiv, debilităţii mintale şi cecităţii congenitale pentru cazurile considerate ca fiind simple handicapuri, iar Rabinoitch (1954) face distincţia între trei categorii de handicapaţi: a) subiecţi cu intelect normal şi handicap în citire, ca urmare a unor factori exogeni, având o „ întârziere în citirea secundară"; b) subiecţi cu handicapuri lexice, ca efect al deteriorării creierului şi c) subiecţi cu „ înapoiere primară în citire", care au la bază factori endogeni, fără deteriorări ale creierului. În paralel, s-a considerat că trebuie adoptat un criteriu de departajare. Astfel, s-a apreciat ca bază pentru departajarea logopaţilor rezultatele la testul de inteligenţă Wechsler. Cei mai mulţi autori scandinavi folosesc termenul de dislexie specifică, iar pentru cazurile când handicapul se asociază cu tulburări lingvistice, neurologice sau psihiatrice se pot adopta „variante fiziologice ale dislexiei evolutive". Lucrurile nu se elucidează nici prin propunerea lui Walter (1954), la care aderă mulţi autori germani, de a se folosi termenul „defect înnăscut în citire şi scriere", pentru că aşa cum subliniază Critchley, el este ambiguu şi neangajant. Dacă avem în vedere preocupările mai apropiate de noi, suntem de acord cu Critchley, care afirmă că „O tendinţă recentă a constat în evitarea preciziei în gândire şi în nomenclatură, prin includerea conceptului de dislexie într-un complex de alte boli. Astfel, „incapacitatea limbajului", „incapacitatea de a citi", „tulburările în percepţie" sunt termeni care s-au strecurat, aducând şi în literatura de specialitate mai multă confuzie în domeniul dislexiei evolutive. Ar fi preferabil să se ocolească acest gen de toponimie"(1972, pag. 13).

Concepute din această perspectivă, devine clar că tulburările lexico-grafice au şanse minime de a fi prevenite şi înlăturate prin sisteme terapeutice logopedice. Mai mult, aria de manifestare devine imprevizibilă într-un complex de factori vechi, în care la tot pasul sunt posibile deteriorări ale sistemului nervos central, cu repercusiuni dintre cele mai grave în sfera scris-cititului, iar educaţia îşi pierde, de la sine, caracterul său optimist. Se creează impresia că numai perspectiva medicală poate contribui la rezolvarea unor asemenea dificultăţi deşi, până în prezent, aşa ceva nu s-a întâmplat. Mai mult, din această interpretare, unele încercări de a cuprinde sub forma unei definiţii sintetice, tulburările scris-cititului nu aduc precizări deosebite

şi nu fac distincţia între diferitele grade ale tulburării. În alte situaţii, definiţia este mult prea largă pentru a-l introduce pe cititor într-un domeniu bine delimitat, aşa cum se manifestă el în practică şi cum îl întâlnim la copiii care au asemenea dificultăţi în formarea abilităţilor de scris-citit. Ni se par edificatoare, din acest punct de vedere, cele două definiţii date în cadrul Federaţiei Mondiale de Neurologie, din 1968, la care au participat specialişti neurologi, psihologi, psihiatri, pedagogi etc: „O tulburare manifestată în învăţarea cititului, în ciuda unei instruiri convenţionale, a unei inteligenţe adecvate şi a unor factori socio-culturali oportuni (corespunzători). Depinde de disabilităţi fundamentale cognitive care frecvent sunt de natură (origine) constituţională" sau „O tulburare la copii, care, în ciuda unei experienţe de clasă convenţionale, nu pot dobândi abilitatea de a citi, de a scrie, de a silabisi corespunzător abilităţii lor intelectuale".

Cu toate limitele celor două definiţii care, de altfel, exprimă acelaşi lucru, acestea au fost, cel mai des acceptate de diferiţi autori, fără să se adopte şi alte moduri interpretative dintr-o perspectivă mai extinsă sau mai complexă.

Cu siguranţă, ar fi de dorit o definiţie a disgrafiei şi dislexiei care să ia în consideraţie mai multe criterii sau măcar pe cele mai importante, pe care noi le circumscriem în cadrul etiologic, simptomatologic, lingvistic şi psihopedagogic. Conştienţi de dificultăţile cu care ne confruntăm, o definiţie cât de sumară, credem, poate contribui la elucidarea dificilei probleme.

Tulburările lexico-grafice sunt incapacităţi paradoxale totale în învăţarea şi formarea deprinderilor de citit-scris, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie sau incapacităţi parţiale, denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existenţei unor factori psihopedagogici necorespunzători sau neadecvaţi la structura psihică a subiectului, a insuficienţelor în dezvoltarea psihică şi a personalităţii, a modificărilor morfo-funcţionale, de la nivelul sistemului nervos central, şi a deteriorării unor funcţii din cadrul sistemului psihic uman, a deficienţelor spaţio-temporale şi psihomotricităţii, a unor condiţii cu caracter genetic, a nedezvoltării vorbirii sau a deteriorării ei etc, şi care se manifestă prin apariţia de confuzii frecvente între grafemele şi literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, omisiuni şi substituiri de grafeme şi litere, omisiuni, adăugiri şi substituiri de cuvinte şi chiar sintagme, deformări de litere şi grafeme, plasarea defectuoasă în spaţiul paginii a grafemelor, neînţelegerea completă a celor citite sau scrise, lipsa de coerenţă logică a ideilor în scris şi, în final, neputinţa

de-a dobândi abilitățile corespunzătoare vârstei, dezvoltării psihice și instrucției (E. Verza, 1983, pag. 58-59).

După această definiție, se impune, totuși, o precizare cu privire la definirea tulburărilor grafo-lexice. Aceasta constă în sublinierea faptului că tulburările totale ale grafo-lexiei, agrafia și alexia, interpretarea biologică-medicală prezintă mai multe garanții decât în cazul dislexo-disgrafiei și oferă un câmp mai larg de înțelegere a unor polihandicapuri sau a tulburărilor asociate.

Ca o concluzie, la justificarea definiției date de noi prin accentuarea și a altor factori decât cei biologico-medicali, se impune următoarea remarcă: în formarea și dezvoltarea abilităților de scris-citit nu este suficientă numai perceperea corectă a literelor și grafemelor, așa cum nici reprezentarea sau înțelegerea mecanismului de plasare și ordonare în spațiul paginii ori succesiunea acestora nu contribuie la realizarea performanțelor grafo-lexice. Mecanismul este mult mai complex, pentru că sunt implicați o serie de factori de organizare mintală, structurală și afectiv-motivațională ce sunt întreținuți de un efort volițional continuu. Astfel, este evident că analiza și sinteza direcționează și impulsionează anticiparea operațiilor acționale ce devin fertile și impulsionează anticiparea instrucției adecvate. Dacă așa stau lucrurile la copilul normal dezvoltat psihic, la deficientul de intelect și, parțial, la cel cu intelect de limită, apar numeroase dificultăți ce țin de structura sistemului psihic, cu consecințe asupra duratei, calității și performanței lexico-grafice.

Așadar, rezultă că la cei mai mulți autori nu găsim o definiție expresă a tulburărilor lexico-grafice, dar apar descrieri relativ complete ale fenomenelor respective și pe care le vom comenta în paginile următoare și la care, sperăm să dăm o imagine cuprinzătoare acestora, pentru dislexo-disgraficii de limbă română, fără să evităm comparațiile cu subiecții de alte limbi și să relevăm ceea ce este comun în tulburările scris-cititului.

3. *Etiologia tulburărilor scris-cititului*

Așa cum am mai precizat, dată fiind complexitatea etiologiei dar, mai ales că de cele mai multe ori, în provocarea tulburărilor scris-cititului, nu acționează o singură cauză ci mai multe, evidențierea lor

este extrem de dificilă. Trebuie subliniat că mulți autori de formație medicală insistă exagerat de mult pe o etiologie ce are la bază deficiențe ale creierului și pe care și noi le afirmăm în alexie și agrafie, dar numai parțial sau numai în unele cazuri de dislexie și disgrafie. Un alt fenomen, pe care dorim să-l semnalăm de la început, este acela că pentru a avea o imagine clară a etiologiei, devine necesar să ne referim la opiniile unor autori cu renume în domeniu. Astfel, Cl. Launay este de părere că printre cauzele care pot determina tulburări ale citit-scrisului merită să fie sublinitate, în primul rând, cele ce se referă la insuficiențele funcționale ale elaborării limbajului, ale îndemânării funcționale în elaborarea limbajului, ale îndemânării manuale, ale schemei corporale și ale ritmului, ca și unii factori pedagogici. Anne Marie Fichot se referea la lipsa omogenității în lateralizare, stângăcia, însoțită de o lateralizare încrucișată, tulburări spațio-temporale, influența eredității, iar S. Borel-Maisonny arată că 90% din cei care prezintă asemenea tulburări au avut dificultăți în elaborarea limbajului, manifestate sub forma unei întârzieri în timpul dezvoltării ei. Arnold subliniază că din „tulburările înnăscute pentru citit-scris" rezultă principalii factori care provoacă dislexia și disgrafia, în timp ce Leapidevski se referă la afecțiunile corticale și eventualele tulburări ale văzului și auzului ce influențează negativ formarea deprinderilor de citit-scris. Deficiențele de la nivelul analizatorilor vizual și auditiv au fost incriminate, în disgrafie, de Kussmaul, Morgan, Masson, Galifret-Granjon și, mai recent, de Tomatis și Seeman.

Față de incriminarea deficientelor de auz, de văz și de motricitate, în tulburările lexico-grafice se impune o precizare pe care literatura de specialitate a trecut-o cu vederea. Aceste deficiențe îngreunează formarea deprinderilor de scris-citit și acest lucru nu mai trebuie demonstrat. Cu toate acestea, în condiții de instrucție specială, handicapații de auz, de văz și de motricitate, pot ajunge să stăpânească deprinderile de citit-scris. Odată formate, deficiențele de văz, de auz și de motricitate nu le transformă în tulburări lexico-grafice. De pildă, sunt nevăzători care citesc și scriu în sistemul Braille, fără nici un fel de dificultate, așa cum și unii surdo-muți demutizați au deprinderi pozitive de citit-scris. Dificultățile apar atunci când acești subiecți trăiesc tensional și dramatic deficiența, ca pe o deprivare auditivă, vizuală și motorie. Asemenea situații sunt mai frecvente în deficiențele survenite la vârstele mai mari, când deja au fost formate abilitățile de citit-scris. În fapt, ce se întâmplă? Au loc

profunde modificări comportamentale ce îmbracă forme de depersonalizare, instalându-se o stare permanentă de agitaţie, nervozitate, irascibilitate, deprimare, scădere a voinţei, dezorientare, dezinteres, care dezorganizează activitatea de citit-scris. În condiţiile unui sistem nervos fragil sau în lipsa suportului afectiv, trăirile interioare devin deosebit de complexe; ele îşi pun amprenta pe întregul comportament, ca şi pe tulburarea unor funcţii psihice, printre care şi cea a citit-scrisului, mai ales prin componenta sa psihomotorie.

Referindu-se la componenta ereditară, Fr. Kainz arată că înnăscute sunt anumite condiţii specifice vorbirii, printre care le subliniază pe cele care privesc predispoziţia funcţională pentru motricitatea expresivă acustică şi pentru gesturile sonore de o structură articulată. Fr. Kocher (1962) studiază influenţa stângăciei asupra dezvoltării deprinderilor de citit-scris şi relevă că există 50% stângaci printre dislexici şi disgrafici, în timp ce printre logopaţii vorbirii rostite sunt doar 18 % stângaci. Cl. Launay (1965) merge mai departe, afirmând existenţa unei legături directe între stângăcie, stângăcia încrucişată sau ambidextrie şi tulburările scrisului – disgrafia, iar F. Schiller a observat că bolnavii săi cu leziuni în emisfera dreaptă, întâmpinau dificultăţi mai mari în învăţarea scrierii cu mâna dreaptă, comparativ cu dreptacii, care trebuiau să înveţe să scrie cu mâna stângă, ca urmare a operaţiei suferite. Sunt menţionate şi în alte lucrări fapte care atestă că la stângaci apar mai frecvent disgrafii (disortografii) sau erori de scriere, comparativ cu dreptacii de aceeaşi vârstă (J. Simon).

Aşa cum am menţionat, într-un studiu experimental efectuat de noi (1970), am constatat că mai adecvată pentru constituirea limbajului (scris şi oral) este dominanta emisferei stângi. În condiţiile de lateralizare dreaptă, caracteristică pentru stângaci, se produc o serie de dificultăţi de ordin funcţional şi ea generează, în unele cazuri, mai cu seamă la copii, abateri sau dereglări în dezvoltarea şi manifestarea comportamentului verbal. Rigoarea cercetării efectuate pe un eşantion reprezentativ ne-a permis să subliniem că, la subiecţii stângaci investigaţi de noi, s-au manifestat două fenomene de bază: pe de o parte, întârzierile în apariţia şi dezvoltarea limbajului sunt semnificativ mai frecvente şi mai accentuate decât la dreptacii de aceeaşi vârstă, iar pe de altă parte, stângăcia este mai des asociată cu unele tulburări de limbaj, şi în special cu cele de scris şi citit, ducând la instalarea unor disgrafii cu o simptomatologie variată.

În analiza amănunțită asupra etiologiei dislexiei, pe care o face Critchley (1972, pag. 14 şi următoarele), de la început străbate formația sa de neurolog. El arată că este inutil să se discute considerațiile de natură lingvistică sau educațională (termeni pe care autorul îi consideră sinonimi, deşi sunt două realități complet diferite), deoarece ele au un rol secundar şi chiar nesemnificativ în etiologie. În schimb, recunoaşte că existența acestor factori nefavorabili accentuează handicapul copilului dislexic, creând, astfel, şi mai multă ambiguitate. Speculațiile pe care le face Critchley dovedesc ignorarea rolului factorului instructiv-educativ şi care, în condițiile intelectului normal, devine hotărâtor în dezvoltarea abilităților de citit-scris. La rândul lor, factorii educaționali negativi sau nefavorabili pot provoca tulburări de natură dislexică şi disgrafică, iar practica şcolară oferă exemple suficiente din acest punct de vedere. Dar este de remarcat că factorii educaționali negativi sau nefavorabili sporesc ponderea tulburărilor de citit-scris, atunci când acționează asupra unor copii cu un sistem nervos mai fragil şi, în egală măsură, asupra celor care prezintă o anumită fragilitate afectiv-volițională. Aceeaşi influență dăunătoare o au şi asupra subiecților cu deficiențe de intelect sau senzoriale, deoarece evitarea tulburărilor de citit-scris presupune folosirea unei metodologii care să faciliteze deformarea deprinderilor respective, în timp ce posibilitățile limitate ale subiecților nu permit aplicarea ei în toate detaliile.

Al doilea factor pe care Critchley (1972, pag.15) îl invocă, în etiologia dislexiei, este cel al bilingvismului. Acest factor provoacă „o povară în plus cititorilor nesatisfăcători" şi prezintă importanță în identificarea subiecților cu dislexie încă din primele perioade ale manifestării ei. În sprijinul argumentului său, îl citează pe Chesni, care arată că dislexicii elvețieni investigați prezentau în proporție de 22,5% fenomene de bilingvism, iar la cazurile pe care le descrie, factorul de plurilingvism a complicat şi mai mult tulburarea citirii.

Desigur, autorii respectivi au în vedere învățarea a două sau a mai multor limbi, înaintea stabilirii deprinderilor verbale în limba maternă. Vârstele prea timpurii (înainte de 3 ani) nu sunt întotdeauna favorabile învățării unei noi limbi. Nici vârsta mai timpurie sau mai târzie (5-6-7 ani) de începere a învățării citirii nu prezintă, după Critchley, riscul de a provoca dislexia, ci numai acela de a contribui la diagnosticarea tulburării. Şi din observațiile noastre rezultă că în condițiile unui copil normal dezvoltat psihic, fără deficiențe senzoriale, psihomotorii şi de intelect, vârsta de la care începe

însuşirea citit-scrisului nu determină tulburări ca atare, ci influenţează asupra duratei de formare a abilităţilor şi a vitezei de scriere şi citire, în funcţie de motivaţia pentru activitatea respectivă şi de solicitările gradate din partea educatorului.

Pe de altă parte, trebuie subliniat faptul că majoritatea autorilor evidenţiază relaţia strânsă ce se stabileşte între dezvoltarea intelectuală şi tulburările limbajului, în general. Busemann (1966) şi Seeman (1967) raportează insuficienţele dezvoltării intelectuale la factorii determinanţi ai tulburărilor de vorbire şi la formarea deprinderilor lexico-grafice. La noi, B. Zörgö şi E. Neagu-Boşcaiu (1964) analizează această relaţie din direcţia efectelor negative ale tulburărilor de limbaj asupra evoluţiei intelectuale a elevilor, iar I. Străchinaru (1967) raportează insuficienţele la dezvoltarea mintală şi, apoi, la tulburările de limbaj. Într-o cercetare experimentală, efectuată pe copii cu intelect normal şi pe copii cu debilitate mintală, am putut surprinde diferenţe marcante în ceea ce priveşte dezvoltarea şi evoluţia comportamentului verbal, în general, în raport de nivelul intelectului. Relaţia dialectică dintre dezvoltarea limbajului şi dezvoltarea intelectuală se poate rezuma prin aceea că cu cât este mai avansat nivelul dezvoltării intelectuale a copilului cu atât conduita verbală se manifestă în forme mai variate, devenind tot mai suplă şi mai complexă, influenţând, astfel, şi formarea corectă a deprinderilor lexico-grafice. Această relaţie este şi mai evidentă în evitarea tulburărilor lexico-grafice, iar frecvenţa dislexiei şi disgrafiei, la copiii cu debilitate mintală, constituie o dovadă în plus. Trebuie, în acelaşi timp, remarcat că prin producerea tulburărilor de citit-scris, ritmul dezvoltării intelectuale şi psihice, în general, se face mai lent, iar în situaţiile când handicapurile sunt grave, au loc acele fenomene de stagnare, la baza cărora stă, în principal, dezinteresul pentru activităţile instrumentale.

Dificultăţile majore, în formarea abilităţilor de citit-scris, pot fi determinate şi de infantilismul manifestat în evoluţia proceselor psihice şi psihofizice. De obicei, asemenea caracteristici se corelează cu insuficienta dezvoltare generală a copilului, fără să fie vorba, totuşi, de o debilitate mintală. Sunt forme uşoare de retard care duc la comportamente cu circa 1-2 ani întârziere şi care sunt recuperabile în condiţii normale. Copiii respectivi se recunosc şi după dificultăţile pe care le au în înţelegerea şi asimilarea cunoştinţelor predate în clasă, ca şi după interesul scăzut faţă de activitatea şcolară. În general, în orice tip de activitate, aceştia manifestă o fatigabilitate accentuată. Copiii

din această categorie ajung să stăpânească citit-scrisul după eforturi mai intense şi mai îndelungate, menţinându-se unele caracteristici ale disgrafiei pe tot parcursul şcolarizării, dacă nu se intervine cu metode logopedice adecvate corectării lor şi totodată, dacă nu se insistă asupra formării unei motivaţii corespunzătoare pentru învăţare.

După cum am subliniat anterior, cauzele ce generează tulburările scris-cititului au o mare varietate şi ponderi diferite în tulburările dislexiei şi disgrafiei. Este edificator, din această perspectivă, să subliniem că factorii ce aparţin subiectului sau cei ce aparţin mediului, adeseori acţionează împreună la producerea tulburărilor lexico-grafice. De exemplu, sunt incriminaţi acei factori care se referă la deficienţele de ordin senzorial, la gradul dezvoltării intelectuale, la slaba dezvoltare psihomotorie, la starea de sănătate, la reacţiile nevrotice, la condiţiile motivaţionale slab conturate, la instabilitatea emoţională, la deficienţe pe linia activităţii şcolare, care nu creează condiţii pentru o bună însuşire a cunoştinţelor predate, la nedezvoltarea şi tulburările vorbirii, la unele leziuni ale creierului, la existenţa altor handicapuri, ca şi cei ce se referă la slaba integrare în colectiv şi în activitatea şcolară, la nivelul socio-cultural scăzut al familiei şi la slabul interes manifestat faţă de pregătirea copilului, la metodele şi procedeele necorespunzătoare pentru învăţarea citit-scrisului, la modelul necorespunzător urmat, la existenţa unui mediu nestimulativ etc.

Luând ca bază criteriul etiologic, unii autori clasifică tulburările citit-scrisului în raport de segmentul lezat, dar nu iau în consideraţie întregul complex cauzal. De pildă, Leapidevski (1964, pag. 237) distinge, după cum s-a văzut, tipurile de disgrafii după analizatorul lezat, arătând că cele mai importante sunt disgrafiile acustice, optice, motorii şi ideatorii. În acest context, frecvenţa cea mai mare o are disgrafia de tip acustic, iar disgrafiile optice sunt mai rare şi ele, ca şi celelalte forme amintite mai sus, au la bază o leziune cerebrală. Leapidevski le subliniază de fiecare dată, deoarece chiar şi cele mai rare – afirmă el – cum sunt disgrafiile optice - sunt „condiţionate de lezarea preponderentă a sistemelor optice ale scoarţei" (1964. pag. 238). În acelaşi timp, trebuie subliniat că unii autori exprimă alte păreri şi consideră greşită încadrarea dislexo-disgrafiei acustice în toate formele tulburărilor citit-scrisului în care este implicată componenta auditivă. Noi considerăm că atunci când sunt prezente tulburări de pronunţie - aşa cum se întâmplă adeseori – deficientele lexico-grafice sunt consecinţe ale dificultăţilor de

articulaţie, care se transpun în limbajul citit-scris sau, cel puţin, ele influenţează negativ formarea abilităţilor lexico-grafice. Când lipsesc şi deficienţele de pronunţie – în cazurile similare – tulburările citit-scrisului, sunt urmare a handicapului de la nivelul auzului fonematic. Dacă în tulburările de pronunţie calitatea auzului fonematic este invocată frecvent în literatura de specialitate, în tulburările citit-scrisului ea este trecută cu vederea, deşi are un rol însemnat şi care trebuie reconsiderat în multe cazuri.

Aici, are loc o excepţie de la regula enunţată până acum, şi anume că asemenea tulburări de pronunţie pot provoca fenomene dislexice cu o frecvenţă şi mai mare faţă de disgrafie. Cu foarte mici excepţii, dificultăţile de pronunţie nu se transpun în citire. Şi celelalte tulburări ale vorbirii, cum sunt cele de ritm şi fluenţă (logonevroza mai ales), fără să mai vorbim de alalie, afazie etc, pot determina, negativ, formarea deprinderilor lexico-grafice, fie prin manifestarea caracteristicilor specifice ale vorbirii tulburate în citit-scris, fie prin lipsa suportului de bază al bogăţiei lexico-semantice care să permită operarea facilă, în plan ideal, cu conţinutul adecvat exprimării gândurilor, şi receptarea, înţelegerea limbajului celor din jur. În ultimele două tulburări citate, etiologia organico-funcţională prezentă contribuie şi ea la generarea tulburărilor de scris şi de citit.

O importanţă mai mică li se acordă altor trei categorii de factori discutaţi în literatura de specialitate ca fiind posibili în cauzarea tulburărilor citit-scrisului. Aceştia se referă la factorii materni, socio-economici şi la locul ocupat de copil în raport cu ceilalţi fraţi. Astfel, se consideră că sarcinile purtate dificil, ca şi naşterile grele ce se soldează cu leziuni la nivelul creierului, pot fi factori incriminaţi în tulburările lexico-grafice. De remarcat că asemenea cauze, de cele mai multe ori, nu se reduc la provocarea numai a tulburărilor de citit-scris, ci privesc şi alte handicapuri psihice care se manifestă, mai mult sau mai puţin pregnant, în funcţie de profunzimea şi întinderii leziunii. Dar aceşti factori nu pot fi puşi, în toate cazurile, în evidenţă prin mijloace riguros ştiinţifice şi nici nu lasă urme la toţi copiii care trec prin situaţii similare. Cea de-a doua categorie, a factorilor socio-economici, privesc condiţiile materiale şi culturale în care se formează şi se dezvoltă copilul. Ele nu determină, nemijlocit, tulburări ale citit-scrisului, dar mediul cultural scăzut, ca şi lipsa de preocupare pentru dezvoltarea fizică a copilului, influenţează nefavorabil dezvoltarea psihică, în general, şi nu contribuie la formarea deprinderilor lexico-grafice de timpuriu. Aceasta şi pentru

faptul că nu se formează rezistența fizică şi psihică la efort, ceea ce face să obosească repede şi să scadă imboldul volițional pentru activitate. În fine, locul ocupat de copil în raport cu ceilalți frați şi instalarea eventualelor tulburări de scris-citit, în funcție de acesta, nu are o justificare serioasă. Sunt pure speculații, iar cazurile prezentate de unii autori cu privire la frecvența mai mare a disgrafiei la copiii care, într-o familie de mai mulți frați, se nasc ultimii sau penultimii nu au putut fi confirmate. Din observațiile şi cazuistica noastră, dintr-o perioadă anterioară de terapie logopedică exercitată organizat în instituția de profil, nu putem deduce că o asemenea condiție ar avea o semnificație anume pentru a fi luată în considerare, ca factor determinant în tulburările lexico-grafice. Invocarea unei mai reduse preocupări educaționale din partea adulților pentru copiii ultimi, ca urmare a scăderii interesului şi a plictiselii, nu este un argument; de multe ori, experiența acumulată înlesneşte eficiența preocupării, iar ajutorul pe care îl pot da frații mai mari are o mare importanță. Oricum, în familiile cu mai mulți copii, circulația cunoştințelor , a informațiilor, mai cu seamă a celor acumulate în şcoală, este mai mare şi interesele pentru activitatea de învățare se lărgesc, iar influențele mass-media devin şi ele importante şi nu rămân fără efecte pentru copil.

Încă de la începutul secolului nostru, au apărut preocupări legate de fenomenul de transmitere ereditară a dislexiei şi disgrafiei. Acestea s-au accentuat în deceniul trei şi patru, iar unele studii, care afirmau asocierea dislexiei-disgrafiei cu predispoziția înnăscută la dezordini mentale, ca şi înclinațiile criminale şi psihopatice, sufereau de influența ideologiei naziste. Unii autori efectuează investigații genealogice şi caută să dovedească că tulburările lexico-grafice pot fi moştenite nu numai de la părinți, dar chiar de la bunici sau unchi. În acest sens, se remarcă autorii scandinavi, pe care Critchley îl consideră că au oferit o „evidență validă" referitoare la importanța factorilor genetici în dislexie. De pildă, Norrie (1939) a menționat asemenea tendințe familiale la toate cazurile studiate de ea, iar mai recent Hallgren (1950), referindu-se la 276 de cazuri studiate, afirmă că în 88% din acestea s-au manifestat dificultăți în citire la una sau mai multe rude. Aceiaşi autori au studiat şi grupe de gemeni dislexici. Hallgren, cercetând 45 de perechi, din care 12 monozigoți şi 33 dizigoți, relevă că la primul grup există o concordanță de 100%, iar în cazul celui de-al doilea, de 33%. Cazuri asemănătoare de gemeni identici au fost descrise şi de Bradner (1935), Ley şi Tordeur (1936),

Schiller (1937) etc. Un studiu efectuat pe 285 de cazuri, de către Mattinger (1941), vine să aducă dovezi categorice că dislexia se manifestă la 95 cazuri în rândul rudelor (33,4 %), iar în 49 cazuri (17,2 %) dovezile sunt probabile. Astfel de date relevă că din doi copii dislexici, unul are probabil, o ereditate pozitivă, afirmă categoric Critchley (1972, pag. 89-90).

Cu toată bogăția aparentă, datele respective nu ni se par destul de edificatoate pentru că în lipsa unor procedee exacte, investigațiile s-au bazat, în principal, pe anamneză; or, se știe că relatările părinților și ale rudelor pot fi eronate, iar cercetările genealogice sunt și mai puțin precise. Și Vernon își manifestă scepticismul cu privire la ereditatea congenitală, unică și izolată, fiind de părere că ar fi mai plauzibilă existența, în unele cazuri, ale unor predispoziții congenitale spre diferite handicapuri ce se corelează: handicapuri de vorbire sau nedezvoltarea vorbirii, incapacitate în dezvoltarea deprinderilor de citit-scris, lipsă în coordonarea motorie, stângăcie sau ambidextrie etc. Rutter (1968) este de părere că în producerea tulburărilor de citit-scris contează mai mult moștenirea socială și nu transmiterea biologică, fapt ce denotă diferențe remarcabile de la o familie la alta. Critchley îi acuză pe Rutter și Vernon că se luptă cu morile de vânt, pentru că un experimentator în diagnosticarea clinică nu poate trece cu vederea frecvența eredității în cazurile „dislexiei evolutive, specifice".

Așa cum am mai remarcat, în etiologia tulburărilor citit-scrisului, specialiștii în medicină invocă, adeseori, categoria leziunilor organice. Fără a contesta influența negativă pe care o au leziunile creierului asupra formării schemelor operațional-acționale în dezvoltarea abilităților de citit-scris, ni se pare că la unii autori cazurile descrise tind spre o generalizare prea largă. Aici avem în vedere faptul că existența unor leziuni organice determină alte tulburări de ordin primar, și de cele mai multe ori tulburările lexico-grafice devin manifestări secundare ale acestora. Exemplul afaziei este edificator, din acest punct de vedere, căci ea este determinată de leziuni organice sau funcționale și în toate formele specifice sunt prezente tulburări ale citit-scrisului, mai mult sau mai puțin în funcție de gravitatea afaziei, de profunzimea și întinderea leziunii.

Pe de altă parte, este de subliniat că existența leziunilor organice determină tulburări lexico-grafice ce îmbracă forme evidente de involuție și care se manifestă sub forma agrafiilor și alexiilor. În formele comune de dislexo-disgrafie și când nu există și alte

manifestări tipice, dacă leziunile organice nu pot fi probate prin mijloace clinice, ele devin simple supoziţii...

În această ordine de idei, se simte nevoia precizării că dereglările care pot surveni la nivelul creierului nu se reduc numai la simple leziuni, ci ele pot îmbrăca forme complexe, în care este antrenată întreaga organizare morfo-funcţională şi cu efecte negative pe palierele psiho-comportamentale ale individului, inclusiv în cel lexico-grafic. „Cititul implică recunoaşterea sensului unui cuvânt, dar dacă scoarţa parietală nu poate organiza circuitele sale în schema formală a cuvântului nu mai are prin ce să fie acţionat substratul neural al sensurilor. Pe de altă parte, schemele vizuale ale cuvintelor sunt cele care activează schemele motorii folosite în scriere. Alterarea circuitelor parietale, care organizează schemele vizuale ale cuvintelor, va tulbura, deci, şi scrierea în aceeaşi măsură ca şi citirea", afirmă, pe bună dreptate, N. Toncescu (1967, pag. 68-69).

Prin urmare, discutată din perspectivă neurologică, existenţa dislexiei şi a disgrafiei pure faţă de un simptom de leziune cerebrală este pusă la îndoială. În unele lucrări, se afirmă, fără echivoc, că tulburările citit-scrisului nu pot fi concepute în afara leziunii cerebrale, ca unică şi singulară cauză. Dar şi pentru că nouă nu ni se pare exagerat un asemenea punct de vedere şi considerăm că este o dovadă certă a existenţei unor tulburări ale citit-scrisului cu o etiologie de altă natură decât cea a leziunilor organice, fără să mai insistăm asupra celor cu caracter psiho-pedagogic sau asupra tulburărilor de motricitate şi psihomotricitate, nu ne oprim mai mult asupra unei astfel de etiologie; o recunoaştem pentru unele tulburări ale citit-scrisului, fără a fi unica cauză şi este evidentă în cazurile grave de involuţie. De fapt, o altă abordare, de pe poziţia neurologiei, estompează caracterul optimist (şi chiar rezultatele obţinute) ale terapiei logopedice, pe de o parte, iar pe de altă parte, leziunile cerebrale nu pot fi înlăturate de specialiştii în logopedie, aşa cum ar fi necesar (dar nici de neurologi). În cazurile de leziuni organice, terapia logopedică se bazează pe principiul compensaţiei, conform căreia funcţiile zonei lezate sunt preluate de zonele învecinate, iar cu timpul, acestea se specializează în producerea fenomenului respectiv. Reuşita corectării unei tulburări de limbaj depinde şi de înlăturarea cauzei care a produs-o. Prin urmare, leziunea nu poate fi înlăturată, dar prin comutarea funcţiei din zona lezată într-o zonă sănătoasă, procesul recuperator, deşi anevoios, este posibil. Fără îndoială, întregul proces

compensator, recuperator şi terapeutic depinde de întinderea zonei lezate şi de profunzimea acesteia.

O altă cauză, frecvent incriminată în producerea tulburărilor de scris-citit, este aceea a slabei dezvoltări a motricității sau a deficiențelor din planul motric. Prezența infantilismului motric şi handicapurile motrice sunt asociate cu deficiențe ale organizării spațiale şi organizării temporale. Se pot întâlni, deseori, copii disgrafici, în special cu o dezvoltare intelectivă bună, dar care prezintă infantilism în planul motric sau tulburări ale organizării spațiale şi temporale. În aceste condiții, formularea ideativă este mai rapidă, comparativ cu posibilitățile de transpunere în spațiul grafic, şi astfel apare o contradicție, de rezolvarea căreia depinde formarea şi dezvoltarea abilităților de scris-citit. Din observațiile noastre, rezultă că disgrafia unui asemenea subiect nu este caracteristică numai în compunere, aşa cum s-ar putea crede, dar ea apare surprinzător de pregnant şi în copierea unui text, cu tot modelul vizual prezent. În cazuistica noastră, un băiețel observat pe tot parcursul ciclului primar s-a dovedit foarte dotat şi a obținut rezultate şcolare semnificative, dar manifesta o încetineală exagerată în scriere, dublată de o uşoară inegalitate în efectuarea grafemelor şi de prezența unor omisiuni. Pentru şcoală, ca şi pentru părinți, nu există de fapt decât o singură problemă şi anume, ritmul lent în scris. Viteza redusă în scris se manifesta mai pregnant în copierea unui text şi mai puțin evident în compunere, iar scrierea după dictare era relativ normală şi foarte bună, atunci când avea momente de bună dispoziție. Din punct de vedere motric, copilul era vioi, dar precizia mişcărilor nu era excelentă. Stângaci fiind, a învățat să scrie cu mâna dreaptă, apărând unele dificultăți în etapa inițială ca apoi adaptarea să se facă fără probleme deosebite. Citirea a fost de la început la nivelul cerințelor programei şcolare. Alți factori cu caracter negativ nu au putut fi puşi în evidență, deşi a fost supus unei investigații psiho-medicale complexe.

În altă ordine de idei, am putut constata că sunt unii disgrafici şi dislexici, care obțin rezultate satisfăcătoare (aşa cum a fost şi cazul descris mai sus) la proba Bender-Sanctucci, rezultate ce pun în evidență capacitatea de structurare spațială, dacă dificultățile provin în urma schimbării dominanței cerebrale, cum este cazul stângacilor care învață să scrie cu mâna dreaptă. În acelaşi timp, trebuie subliniat că la majoritatea subiecților cu tulburări de citit-scris, se manifestă deficiențe pregnante pe linia organizării spațiale, cât şi unele dereglări în organizarea temporală. De altfel, noi ne-am referit şi în paginile

anterioare la rolul factorilor de orientare în spațiu și de structurare, în general, a activității în spațiu și în timp, ca și la importanța lor în formarea deprinderilor de citit-scris. Dacă la aceste dificultăți se adaugă și cele de psihomotricitate care, de cele mai multe ori se instalează treptat pe un asemenea fond, abilitățile lexico-grafice se însușesc greu și se creează o labilitate crescută spre comiterea unor greșeli de tip dislexo-disgrafic. Mai adăugăm că plasarea grafemelor în spațiul paginii prezintă valoare calitativă, în funcție de orientarea spațială și de organizarea semnelor nu numai ca formă, dar și ca structură și succesiune. Pentru citit, desfășurarea activității presupune respectarea legilor de succesiune și de organizare-structurare spațio-temporală. Odată cu creșterea acestor posibilități și pe măsura înaintării în vârstă și prin sporirea nivelului de instruire, se influențează favorabil dezvoltarea limbajului, în ansamblu, și a citit-scrisului, în special. La rândul lor, dezvoltarea abilităților de scris, în special, și a citit-scrisului, în general, contribuie la organizarea mișcărilor și a datelor spațio-temporale, ca modalități de asamblare a elementelor de mișcare și structurare a spațiului și a timpului în desfășurarea structurii activității. Iată, deci, un proces invers cu efecte pozitive pe care le exercită abilitățile corecte ale grafiei asupra organizării spațio-temporale a subiectului.

Dacă luăm în considerare, cum este normal, și analiza din perspectiva planului psihologic, atunci, în finalul acestui capitol, se simte nevoia unor precizări succinte cu privire la structura psihologică a unor factori, care prin fragilitatea și slaba lor organizare ori nedezvoltare și nematurizare, ca și prin deteriorarea unor funcții psihice, rezultă că și acestea pot provoca dificultăți în formarea deprinderilor de citit-scris sau tulburări ale actelor lexico-grafice. Avem în vedere aspectele ce țin atât de normalitatea persoanei, cât și cele care se încadrează în psihopatologia marginală și în marea psihopatologie. Astfel, începând chiar cu instalarea unor fenomene astenice, au loc modificări în întreaga activitate intelectuală și fizică a persoanei, ca urmare a consumului nervos ridicat și epuizant ce determină fixarea oboselii și dezorganizarea activităților complexe.

În astfel de cazuri, pe plan intern scade capacitatea de cogniție și cea de concentrare a activității intelectuale, se diminuează posibilitățile mnezice și de fixare a atenției asupra modului de rezolvare a problemei, perceperea și reprezentarea unor fenomene și obiecte se face în mod eronat, fragmentar, disparat sau lacunar, apare o reducție a calităților volițional-motivaționale și se resimt perturbări

în sfera afectivității. Toate acestea, la un loc, pot influența formarea și fixarea personalității dizarmonice, caracterizată prin comportamente specifice în plan extern, dintre care cele ce devin dominante, se referă la manifestarea anxietății, a neliniștii, a irascibilității, a tulburărilor de somn, a cefaleei, a creșterii excitabilității motorii și dezorganizarea mișcărilor, lipsa de sincronizare în acțiuni sau dimpotrivă, instalarea inhibiției, a apatiei, a interesului scăzut pentru activitate și indiferență pentru ceea ce se petrece în jurul său. Pornind de la aceste caracteristici, pe fondul cristalizării însușirilor personalității, își pun amprenta conflicte cu caracter psihologic ce influențează negativ întreaga evoluție psihică, și ca atare, și formarea deprinderilor de citit-scris sau determină tulburarea acestora, mai ales când fenomenele astenice se instalează la o vârstă mai mare.

O altă categorie de tulburări, ce au un caracter reactiv, duc la exacerbarea inhibiției sau a excitației ce se pot instala atât în plan motor, cât și verbal. Dominante în aceste stări, sunt fobiile și stările anxioase, tulburările în sfera conștiinței și în cea emotiv-afectivă. Asemenea handicapuri dezorganizează sistemul verbal, în general, și ritmul vorbirii, în special, contribuind la scăderea interesului pentru învățătură și frânează dezvoltarea deprinderilor de citit-scris sau determină tulburări lexico-grafice.

Dacă până la un anumit stadiu, acestea nu depășesc limitele relative ale normalului și nu dezorganizează sistemul psihic uman, sau în cazuri mai pronunțate, țin de psihopatologia marginală, accentuarea lor și instalarea, ca formă dominantă în manifestarea persoanei, le transformă în psihopatii. Psihopatia favorizează dezvoltarea dizarmonică a personalității și manifestarea inegală a funcțiilor psihice, ceea ce determină comportamente bazate fie pe impulsivitate, supraapreciere, egocentrism, fie pe susceptibilitate, hiperemotivitate, inerție etc. În așa numita psihopatie organică, determinată de insuficiențele sistemelor subcorticale, se manifestă modificări pronunțate la nivelul sferei afectiv-volitionale, prin prezenta labilității si superficialității emoțiilor, cât și prin incapacitatea de a acționa ordonat. Deși intelectul nu este, de obicei, afectat, subiecții respectivi pot prezenta tulburări lexico-grafice, ca urmare a faptului că instabilitatea și lipsa de organizare, în plan acțional, duc la împiedicarea formării abilităților de citit-scris și dezorganizează sistemul coerent și în lanț al dezvoltării deprinderilor prin tulburarea unei anumite verigi din șirul de acțiuni implicare într-o atare activitate. Cu efecte și mai defavorabile, în formarea deprinderilor de

citit-scris, este psihopatia epileptoidă (sau constituțională), deoarece ea favorizează instalarea unor trăsături negative de personalitate, ca labilitatea afectivă, negativismul față de persoanele din jur, caracterul violent în manipularea stărilor emoționale, nervozitatea și iritabilitatea etc., care determină instabilitate în activitate și oscilații comportamentale ce scad randamentul citit-scrisului în anumite perioade. Manifestări asemănatoare apar și în psihopatia schizoida, dar nota dominantă, care dezorganizează sistemul lexico-grafic, este aceea a insuficientei dezvoltări motrice și a stângăciei în acțiuni. Forme mai ușoare, dar care sunt și ele implicate în formarea deprinderilor lexico-grafice, sunt cele ce au o notă de manifestări isterice, prin dezvoltarea unor comportamente aberante în întreaga activitate (U. Șchiopu, E. Verza, 1981).

În cazurile când formele descrise mai sus se agravează, ele se transformă în adevărate boli psihice, în care se tulbură sau chiar se pierd unele funcții, printre care și cele ce privesc grafo-lexia. Tulburările sunt deosebit de evidente în latura funcțional-semantică, dar îmbracă (așa cum vom vedea) și forme caracteristice agrafiei-disgrafiei și alexiei-dislexiei.

În fine, o subliniere suplimentară trebuie făcută cu privire la relația dintre factorii psihopedagogici și dezvoltarea deprinderilor de citit-scris. Așa cum am mai menționat, metodologia adoptată în predarea citit-scrisului, mai cu seamă pentru început, atitudinea cadrelor didactice și a părinților față de copilul care se află într-un efort continuu de învățare, climatul școlar etc., favorizează sau defavorizează complicatul proces de achiziție a grafo-lexiei. Vârstele copilăriei mici sunt cele mai susceptibile la aceste influențe și, în general, la toate activitățile ce se derulează în relația cu procesul instructiv-educativ. Aceste considerente nu sunt de neglijat nici la vârstele ulterioare, dar ele scad ca importanță, pentru că odată instalate și consolidate deprinderile, modificările nu mai sunt atât de spectaculoase în afara intervenției altor factori sau a unor activități de o altă natură.

Capitolul XI

EVOLUȚIE ȘI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE CITIT-SCRISULUI, PE FONDUL NORMALITĂȚII PSIHOSENZORIALE

1. *Delimitarea domeniului de abordare*

Din cele relatate deja, se înțelege că nu numai manifestările tulburărilor de scris și citit se prezintă printr-o diversitate de elemente, ci și evoluția acestora poartă amprenta trăsăturilor definitorii ale subiectului, a condițiilor de timp, de apariție și durată, a vârstei cronologice și mintale, a etiologiei și a fondului de sănătate psihofizică a subiectului etc., care imprimă un curs mai accentuat sau mai redus, de specificitate, pe lângă o serie de aspecte generale ce fac posibilă încadrarea tulburării într-o categorie sau alta. Drept urmare, am adoptat ideea că în manifestarea și evoluția disgrafiei-dislexiei există un anumit specific la persoanele cu intelect normal față de cele handicapate mintal, senzorial și psihic, dar și o multitudine de elemente comune, fapt pentru care, noi le tratăm, pe de o parte, într-un singur capitol, putând astfel să subliniem unitatea acestora, iar pe de altă parte, le grupăm pe subcapitole, deoarece dorim să evidențiem specificitatea lor. În prima parte, vom încerca să surprindem întregul complex de trăsături dislexo-disgrafice ce apar, în special, la copiii afectați de asemenea tulburări și, în general, la toate persoanele normale, iar în subcapitolele următoare ne vom axa, în mod deosebit, pe caracteristicile specifice aflate în asociere cu alte handicapuri. Aici, lucrurile se complică pentru că avem de-a face cu o dublă deficiență, și anume: forma primară și dominantă, ce constă din deficiența

mintală, senzorială sau psihică şi tulburarea lexico-grafică, ca formă secundară. Pe lângă acestea, intervin, de cele mai multe ori, şi alte afecţiuni organice sau psihice care îngreunează şi mai mult procesul recuperator. În acest context, studiul tulburărilor citit-scrisului şi corectarea lor devin cu atât mai necesare, cu cât acestea au profunde implicaţii în dezvoltarea psihică a individului şi asupra reuşitei în activitatea desfăşurată. În general, copiii care prezintă tulburări ale citit-scrisului manifestă şi în planul evoluţiei psihice anumite rămâneri în urmă din cauza repulsiei pentru efortul intelectual, a slabei motivaţii şi a interesului scăzut pentru activitatea şcolară, la care se adaugă trăirea dramatică a eşecurilor la învăţătură. Prelungirea tulburărilor de scris-citit, ca urmare a necorelării lor în timp, duce la automatizarea acestora şi la instalarea, în conştiinţa logopatului, a ideii că eforturile sale sunt zadarnice, el fiind „sortit" să suporte handicapul respectiv toată viaţa. Pe acest fond, se instalează o stare nevrotică, ce atrage după sine o serie de tulburări secundare în planul dezvoltării psihice şi al personalităţii. Ca atare, devine inutilă o argumentare, în plus, a necesităţii cunoaşterii tulburărilor citit-scrisului şi a corectării acestora imediat după instalarea lor.

Asocierea tulburărilor lexico-grafice cu fenomene de deprivare senzorială, intelectuală şi psihică nu se limitează numai la accentuarea gravităţii lor, dar se ajunge la un conglomerat de simptome ce acţionează în sens negativ în toate formele dezvoltării individului, iar aberaţiile provocate la nivelul diferitelor conduite par greu de explicat. Educaţia şi instrucţia devin anevoioase, în aceste cazuri, necesitând timp îndelungat şi o metodologie specială.

2. *Formele şi manifestările tulburărilor citit-scrisului*

După ce am analizat in extenso, în paginile anterioare, aspectele cu privire la factorii etiologici ai tulburărilor scris-cititului, acum cititorul îşi poate pune o serie de întrebări justificate: La ce vârstă apar asemenea tulburări? Ce frecvenţă au ele? Cum se manifestă? Cum pot fi prevenite? etc. Noi vom încerca să răspundem la aceste întrebări, ca şi la altele, pornind atât de la experienţa noastră logopedică, cât şi de la valorificarea unor date existente în literatura de

specialitate. De la început, simţim nevoia, ca în analiza manifestării tulburărilor citit-scrisului, să luăm în considerare specificul limbii române, ca şi faptul că majoritatea fenomenelor pe care le prezentăm sunt comune şi în alte limbi (în special în cele europene), şi prin acesta relevăm caracterul de universalitate a unor caracteristici.

Bazându-ne pe aceste considerente, ca şi pe acumulările de date din literatura de specialitate, vom descrie mai multe forme de dislexie-disgrafie ce prezintă, fiecare, o serie de elemente comune şi specifice logopaţilor de limbă română ca şi logopaţilor care vorbesc alte limbi. Printre cele mai importante sunt următoarele:

1) ***Dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă,*** manifestată printr-o incapacitate paradoxală în formarea abilităţilor de a citi şi a scrie. Dificultăţile cele mai pregnante apar în dictare şi în compunere, dar subiectul poate copia unele grafeme şi poate silabisi la citire. Subiecţii care se încadrează în această categorie nu pot efectua legătura dintre simboluri şi grafeme, dintre sunetele auzite şi literele scrise. Ca atare, ei pot scrie o altă literă decât sunetul auzit sau chiar vizualizat.

2) ***Dislexo-disgrafia de evoluţie,*** ce poate fi numită şi de dezvoltare sau structurală, căreia Critchley îi acorda o importanţă deosebită. Această formă se caracterizează prin aceea că. subiecţii respectivi nu pot realiza progrese însemnate în achiziţia citit-scrisului, cu toate eforturile depuse, şi se poate presupune, adeseori, că, la baza ei stă o cauză genetică. Pe lângă fenomenele disortografice, se manifestă dificultăţi în înţelegerea simbolurilor grafice, a literelor, cuvintelor, propoziţiilor şi sintagmelor. Astfel, apar frecvente omisiuni atât ale grafemelor, literelor, cât şi ale cuvintelor, înlocuiri-substituiri, confuzii, inversiuni şi adăugiri în propoziţii diferite, în funcţie de fiecare caz în parte.

3) ***Dislexo-disgrafia spaţială sau spaţio-temporală,*** la care se referă, printre alţii, H. Hecaen, se manifestă printr-o scriere şi o citire în diagonală, odată cu prezenţa unor fenomene de separare a cuvintelor în silabe şi de scriere ondulată, ceea ce dă un aspect şi mai mare de imprecizie în conduitele grafo-lexice.

4) ***Dislexo-disgrafia pură***, numită şi consecutivă, pentru că se constată, frecvent, în situaţii de asociere cu alte handicapuri şi pe care mulţi autori o neagă ca entitate de sine stătătoare şi o consideră ca fiind o manifestare, în cadrul unei categorii bine delimitată, a unor dereglaje cu un caracter mai general şi mai grav. Asemenea forme se întâlnesc pe fondul afaziei, alaliei, hipoacuziei etc.

5) ***Dislexo-disgrafia motrică*** apare ca urmare a tulburărilor de motricitate şi psihomotricitate şi duce, cel mai des, la un scris ilizibil. Citit-scrisul unor astfel de subiecţi este neglijent, neregulat, inegal, tremurat, tensionat, rigid, prost organizat, neproporţionat, confuz etc., cu prezenţa unor dificultăţi de înţelegere şi de raportare corectă la citit-scris.

6) ***Dislexo-disgrafia lineară***, care, aşa cum îi spune numele, poate fi considerată ca fiind o incapacitate în trecerea de la rândul parcurs la următorul, sărirea peste unele spaţii, lăsându-le libere pe altele şi care este mai accentuată în scris faţă de citit.

Pe lângă aceste forme, în literatura de specialitate au mai fost descrise şi alte categorii, luându-se ca punct de plecare componenta senzorială afectată sau sistemul cerebral implicat (Leapidevski, Hvatţev), dar ele nu au o circulaţie prea mare, pentru că, în final, prezintă caracteristicile unei simptomatologii asemănătoare celor şase forme mai sus descrise.

În adevăratul sens al cuvântului, putem vorbi de existenţa tulburărilor de citit-scris şi, prin urmare, le putem diagnostica numai după scurgerea timpului necesar formării deprinderilor respective şi printr-o instruire adecvată. Acest timp diferă de la o categorie de copii la alta, în raport de o serie de factori, printre care amintim: nivelul de dezvoltare psihică, motivaţia pentru activitate, efortul şi exerciţiile efectuate, metodologia predării citit-scrisului şi, în general, toate etapele necesare formării deprinderilor de citit-scris le putem invoca aici (dar ele au fost analizate într-un capitol anterior). În condiţii obişnuite de şcolarizare, un diagnostic precis logopedic care să aibă în vedere nu numai factorii etiologici, dar şi pe cei de natură simptomatologică, lingvistică, psihologică şi pedagogică, devine oportun încă din clasa a II-a, iar în unele cazuri de copii mai dotaţi intelectual şi psihomotric, de la sfârşitul clasei I. Chiar dacă la sfârşitul primului an de şcolarizare observăm, la unii copii, că au fost formate abilităţi ale citit-scrisului, ele au, totuşi, un caracter fragil şi labil. Încă se menţin fenomene negative, ca urmare a nestăpânirii suficiente a citit-scrisului, a posibilităţilor limitate de analiză fonetico-fonematică şi a concentrării atenţiei în transpunerea grafică a sunetului rostit, a necunoaşterii unor reguli gramaticale şi ortoepice etc. Toate acestea fac posibilă apariţia unor fenomene similare cu cele pe care le întâlnim în dislexie-disgrafie, dar ele nu au un caracter constant şi dispar de la sine, odată cu însuşirea cunoştinţelor necesare. Rezultă, aşadar, ca o caracteristică generală a dislexiei-disgrafiei, că

manifestarea fenomenelor respective are un caracter constant, de obicei dificultăţile se repetă identic, iar tendinţa de a se agrava în timp devine tot mai evidentă, prin consolidarea deprinderilor greşite şi prin trăirea dramatică pe plan intern a eşecurilor.

Pornind de la ideea că nu există o dislexie, şi mai cu seamă o disortografie standard, deoarece la fiecare individ apare o serie de caracteristici personale, dar care se încadrează în categoriile handicapului general, J. De Ajuriaguerra şi colaboratorii (1980, pag. 238) ajung la concluzia că subiecţii studiaţi de ei se împart în cinci grupe distincte, astfel:

Grupa I, a rigizilor; se caracterizează printr-un scris înclinat spre dreapta, în care dominantă este rigiditatea şi încordarea, ceea ce duce la alcătuirea de forme colţuroase, îngustate şi înghesuite, cuvântul fiind dificil de citit.

Grupa a II-a cuprinde subiecţii astenici, lipsiţi de vigoare, din cauza căreia dimensiunea literelor este neregulată, dând impresia că întregul grafism este neglijent, lăbărţat şi realizat cu lentoare şi dificultate.

Grupa a III-a se referă la subiecţii impulsivi, care execută un traseu rapid, precipitat, lipsit de organizare, de fermitate şi fără control, iar pe ansamblul grafismului se manifestă confuzii şi o proastă organizare a paginii.

Grupa a IV-a înglobează subiecţii neîndemânatici, care realizează un grafism distrofic, cu multe retuşuri şi o slaba calitate a traseului, în care impulsivitatea, hipermetria, lipsa de organizare pun în evidenţă dificultăţile lor motorii.

Grupa a V-a cuprinde subiecţii care scriu încet; la aceştia, apare un grafism îngrijit, cu respectarea traseului paginii, dar calitatea este fragilă, frecvente tremurăturile şi curbele cu cocoaşe, denotând neîndemânare şi abilităţi insuficient conturate.

Cu toate acestea, trebuie remarcat că pornind de la cunoaşterea etiologiei, a surprinderii relaţiei dintre motricitate, psihomotricitate şi dezvoltarea deprinderilor de citit-scris, ca şi de la relaţia dintre vorbire şi citit-scris, încă din perioada preşcolară se pot face evaluări ale eventualelor manifestări de tipul disgrafiei-dislexiei şi chiar stabilirea de programe care să permită iniţierea unor activităţi cu caracter logopedic, menite să prevină instalarea tulburărilor respective. Dar aceasta nu înseamnă că în toate cazurile când există condiţiile incriminate apar, fără echivoc, tulburări ale limbajului citit-scris, deoarece evitarea lor este posibilă prin preocuparea pentru dezvoltarea

psihică armonioasă a copilului şi prin folosirea metodologiei adecvate de predare-învăţare în şcoală. Pornind de la aceste considerente, noi am investigat un număr de 131 de copii de vârstă preşcolară mijlocie şi mare, la care am stabilit trei categorii de cauze precise şi posibile de a provoca tulburări ale citit-scrisului, iar în grupa a IV-a au fost incluse alte cauze pasibile rezultate din fişa personală a copilului (vezi tabelul nr. 5). Copiii respectivi au fost testaţi, după un număr de ani, din punct de vedere al tulburărilor limbajului citit-scris, la sfârşitul clasei a II-a de şcolarizare. Cu această ocazie, s-a confirmat ipoteza noastră cu privire la faptul că, şi în condiţiile existenţei unei etiologii complexe, nu în toate cazurile se ajunge, fără echivoc, la tulburări ale limbajului citit-scris, iar acţiunea lor nefavorabilă este în funcţie de o serie de factori ce privesc structura psihofizică a copilului şi calitatea instruirii. Pe de altă parte, din totalul copiilor investigaţi, la 5 dintre aceştia au apărut tulburări ale citit-scrisului, deşi nu am putut pune în evidenţă nici o cauză precisă şi nici din fişa medicală nu rezultă nimic semnificativ de notat. Aceasta ne face să credem că la baza tulburărilor citit-scrisului (în cele 5 cazuri) au stat factori de ordin psihopedagogic sau că etiologia era mult mai profundă şi nu putea fi evidenţiată prin metode obişnuite de investigaţie.

Tabelul nr. 5

Vârsta subiecţilor investigaţi	Nr. subiecţilor	Nr. subiecţilor cu tulburări de vorbire	Nr. subiecţilor cu stângăcie sau lateralitate încrucişată	Nr. subiecţilor cu tulburări de motricitate	Nr. subiecţilor cu alte cauze posibile (din fişe)	Nr. subiecţilor cu dislexie-disgrafie
4-5 ani	68	32	18	13	7	11
5-6 ani	63	26	16	15	9	8
Total	131	58	34	28	16	19

Aşa cum am văzut încă din definiţia pe care am formulat-o în capitolul anterior, manifestările tulburărilor limbajului citit-scris au un

evantai extrem de larg şi se evidenţiază cu precizie principiul logopedic al ***evoluţiei de la simplu la complex***, pentru că tendinţa acestor dificultăţi este de a se agrava, odată cu înaintarea în vârstă a logopatului. Tulburările citit-scrisului au o influenţă negativă asupra personalităţii, atunci când ele se conştientizează sau atunci când determină eşecuri şcolare repetate. Este semnificativ atât pentru terapie, cât şi pentru imprimarea unui anumit specific în manifestarea lor că în anumite etape de evoluţie şi la o anumită categorie de logopaţi ele comportă grade diferite de conştientizare. Din acest punct de vedere, disgraficii şi dislexicii şcolari pe care i-am studiat s-au încadrat în următoarele categorii:

a) copii care nu conştientizează dificultatea pe care o au şi nici nu sesizează manifestările tipice disgrafiei şi dislexiei la alţi subiecţi;

b) copii care sesizează dificultatea respectivă la alţii, dar nu îşi dau seama de propriile lor dificultăţi, chiar dacă acestea sunt majore;

c) copii care îşi dau seama de dificultatea respectivă atât pentru ei, cât şi la alţii, dar manifestă o incapacitate evidentă în a se corecta şi opun rezistenţă la influenţele pozitive, odată cu trăirea unor fenomene de frustraţie şi de anxietate;

d) copii sensibili faţă de deficienţele respective şi care fac progrese remarcabile în îndepărtarea acestora, depunând, totodată, un efort activ în raport cu influenţele logopedice (1970, pag. 164-165). Copiii cu tulburări ale limbajului citit-scris, din ultima categorie, prezintă o serie de avantaje pentru activitatea logopedică şi pentru formarea abilităţilor corecte, deoarece metodele şi procedeele sunt receptate facil, fiind susţinute de un efort continuu. În activitatea şcolară, impresionează prin dorinţa lor de a obţine rezultate cât mai bune şi manifestă preferinţă pentru disciplinele la care sunt solicitaţi să scrie mai puţin, chiar dacă acestea comportă un grad de dificultate sporită (cum sunt matematica şi gramatica).

Pentru a avea o imagine cât mai completă a fenomenelor analizate, se impune o evidenţiere a tuturor manifestărilor pe care noi le încadrăm în categoria tulburărilor lexico-grafice. Pentru unele dintre ele nu am găsit referiri în literatura de specialitate, iar altele au fost abordate cu totul sporadic. În limba română, acestea sunt şi mai puţin abordate, ceea ce ne determină să analizăm comparativ specificul simptomatologiei, în funcţie de limba vorbită de logopat. Există şi o altă categorie la care ne vom referi şi pe care, probabil, unii

autori nu le-au considerat ca fiind manifestări specifice simptomatologiei disgrafiei şi dislexiei. Dar, ori de câte ori vom avea ocazia, vom aminti cu satisfacţie contribuţia autorilor români şi străini la problema discutată. Ordinea pe care o adoptăm în discuţie nu o considerăm ca fiind cea mai reprezentativă pentru importanţa şi locul ocupat în cadrul simptomatologiei disgrafiei şi dislexiei. Nici nu am putea face o asemenea afirmaţie, dată fiind, pe de o parte, complexitatea manifestărilor specifice, iar pe de alta, atât de marea diversitate a cazurilor şi a diferenţelor tipice de la un logopat la altul ar impune şi o analiză paralelă, pe specificul structurilor interne ale subiecţilor logopaţi.

Având în vedere considerentele de mai sus, apreciem că analiza trebuie realizată pe o categorie de manifestări cu un caracter distinct ce se poate produce atât la dislexo-disgraficii de limbă română, cât şi la cei care vorbesc alte limbi. Cazurile particulare, determinate exclusiv de specificul limbii române, vor fi relevate în mod distinct. Fenomenele sunt diverse şi le vom sublinia, în continuare, pe cele cu un caracter de generalitate.

2.1. Citit-scrisul încet, lent, stacato

Se pare că cea mai mare categorie de copii cu tulburări lexicografice este constituită de cei care scriu şi citesc extrem de încet în raport cu colegii lor de aceeaşi vârstă. De multe ori, ei trec neobservaţi, mai cu seamă în condiţiile unei exigenţe şcolare reduse sau a unei lipse de exigenţă şi care se corelează cu o preocupare accentuată, din partea familiei, pentru efectuarea temelor acasă şi pentru realizarea cât mai multor exerciţii. Astfel de copii întâmpină dificultăţi mai mari la scris, dar manifestă o oarecare repulsie şi pentru citit. Deşi pare surprinzător, dificultăţile cele mai pregnante nu le au la dictare sau la compunere, unde sunt obligaţi să se conformeze unui ritm impus, raportat la timpul de desfăşurare a acţiunii, ci la copierea unui text, chiar dacă timpul nu este limitat. În afara ritmului lent, adoptat în scris şi parţial în citit, se desprind unele caracteristici ce ţin de forma şi mărimea grafemelor.

Frunza

de Emil Gârleanu

Copiere

. . . .

După zilele acestea, lipsite de căldură, veni soarele într-o dimineaţă înfocat, vărsând parcă flăcări, încălzind totul ca-n zilele de [illegible]. În după-amiaza zilei aceleia, o păsărică cu pene verzi-galbene, un scatiu, veni, moleşită de căldură, de se furişă mult dâmb, la umbră la adăpost. O frunză se bucură, acoperi cum putu mai bine păsărica; iar aceasta, drept mulţumire, îi cântă încetişor, din gâtişor, un cântec prelung, mai dulce, cum nu auzise frunza cântec.

Fig.18. Scrisul disgrafic al unui copil din clasa a IV-a cu dezvoltare intelectuală superioară

Sunt două faze care devin evidente: în unele situaţii, copilul scrie mărunt, „puchinos", înghesuie grafemele, dând impresia suprapunerii lor şi nu acoperă liniatura paginii (a spaţiului), iar în altele, grafemele sunt inegale, ca mărime, şi depăşesc spaţiul normal din pagină. De remarcat că atunci când subiectului i se atrage atenţia, forma scrisului devine normală, iar când ajunge la sfârşitul clasei a IV-a, reuşeşte să realizeze progrese evidente atât în ceea ce priveşte rapiditatea, cât şi forma. Este conştient de la început de dificultăţile sale şi receptiv la activitatea terapeutică. Interesul pentru lectură se manifestă semnificativ pe la mijlocul clasei a IV-a.

Copiere

Prima lecție

Clasa IV - C

În acest an după serbarea școli
când Irina se ntoarse a casă,
Vatică stătea în mijlocu prispei și dregea
hamurile întocmai cu un om mare.
Când o vazu pe sora lui își ridică privi-
irea și spuse scurt:
Hai mai repede premiato! Ia
să te văd mîine la serbări; tot premiato
ești
De pă a plecat tata și ai rămas tu
să comanzi răspuse. Irina
strîmtînău și buzele spre fratele ei
Angelina iese în prag, se uită la fată care
rămase cîn sare cu coroana în mînă
și după un timp o întrebă
Ai venit? Și glasu i se sărui fetei aspru
Își ridică privirea spre mama ei și răs-
punse cam întrist

Fig.19. Scrisul unui copil disgrafic și dislexic din clasa a IV-a

Dictare

Bolocanii.

Toarle urlau lumina de lumină și
mugiau mengenelor uduiau. din sute
izvoarelor. Sanu însu din ... și
pui pe carcare ... carcare în
vale. Uhlau somot. Un bolovan ramas
din înălțina ... carna se întoa
pe loc și parcă nu stia în a ...
Pîndea iar aucerile un ... de barbă
ca un ac ... spinta care îl rupe
și cădea pe ... scada

Fig. 20. Același copil, face greșeli mai evidente într-o dictare

Alte fenomene tipice sunt frapante pentru că unele înlocuiri sau omisiuni, care se manifestă, nu au un caracter stabil, fiind caracteristice vârstei şi dispar odată cu perfecţionarea citit-scrisului. Majoritatea acestor copii sunt bine şi foarte bine dotaţi din punct de vedere intelectual şi au rezultate şcolare bune. Sunt docili şi ascultători, iar vorbirea le este bine dezvoltată. La cei mai mulţi, există o uşoară stângăcie sau lateralitate încrucişată, dar care nu implică obstacole deosebite în învăţarea scrisului cu mâna dreaptă. Din punct de vedere motric, nu a fost posibilă punerea în evidenţă a unor tulburări, iar la cei care manifestau asemenea dificultăţi, odată cu o pronunţată disgrafie şi dislexie, se produce o desfăşurare a sferei fenomenelor descrise, ceea ce ne-a determinat să încadrăm copiii respectivi în altă categorie, cu implicaţii mai grave şi mai complexe. În schimb, această categorie de copii prezintă unele dificultăţi minore în execuţia rapidă a mişcărilor. Alte cauze specifice, din categoria celor descrise la capitolul etiologiei, nu au putut fi puse în evidenţă ca entităţi distincte.

În literatura de specialitate, viteza redusă a citirii şi a scrierii este legată de existenţa altor manifestări, astfel că ea devine o formă secundară în cadrul fenomenelor dislexo-disgrafice. Dar se recunoaşte, de obicei, ca o stare de fapt că ritmul scrierii şi citirii, la disgrafici şi dislexici, este redus. Ed. Claparède propune termenul de „bradilexie", pentru citirea lentă (redusă), pornind de la termenul de bradilalie, folosit de multă vreme în descrierea vorbirii sacadate, lente, rare. Atunci se poate spune că există şi o bradigrafie pentru viteza redusă în scriere, mai cu seamă că aici fenomenul se manifestă mai evident şi mai pregnant. Au existat încercări de măsurare a vitezei citirii, comparaţia făcându-se între copiii dotaţi în citirea rapidă şi cei care întâmpinau dificultăţi. În acest sens, Bechmann (1927) este de părere că un dislexic citeşte de la 1,5 la 6 ori mai lent, comparativ cu normalul. Pe bună dreptate, M. Critchley (1972, pag. 28-29) afirmă că „nu fiecare copil dislexic citeşte încet". Remarca este valabilă, în special, pentru dislexicul „convalescent", care începe să facă progrese. Astfel, copiii sau adolescenţii, în timp ce citesc cu voce joasă, trec peste text prea repede, iar când citesc cu voce tare, se grăbesc, corectitudinea fiind alterată de greşelile datorate ghicitului. „Totuşi, majoritatea dislexicilor şi ex-dislexicilor greşesc prin faptul că, citind cu voce tare, citesc prea încet".

2.2. *Dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic și în înțelegerea sensului convențional al simbolurilor lexiei*

Astfel de dificultăți pot să apară atât la copiii cu o dotare psihică normală, cât și la cei cu deficiențe de intelect sau cu tulburări senzoriale, remarcând că, la ultimele două categorii, fenomenele sunt mai accentuate. În principal, asemenea dificultăți sunt cauzate de tulburări de la nivelul percepțiilor acustico-vizuale și în general, de la nivelul proceselor cognitive ce au implicații negative asupra efectuării operațiilor de analiză și sinteză și asupra discriminării simbolurilor verbale. În planul lexiei, dificultățile se manifestă prin neputința copilului de a identifica și citi cuvântul ca întreg, ca o entitate globală, cu o anumită semnificație și sens. Foarte greu se face trecerea de la analiză la sinteză, de la literalizare la silabisire și apoi la sinteza cuvântului. Mai degrabă percepe componente silabice, ca unități de sine stătătoare, iar cuvintele cu o lungime mai mare sunt realizate ca întreg numai după anumite poticniri (vezi figura 21).

Copiere

Prima lecție

În acesta an, după serbarea școlară,
Ana Irina se întoarcea acasă,
Vațica stătea în ungherul prispei și
dregea hamurile întocmai ca un om
mare. Când o văzu pe sora lui, își
ridică privirile și spuse scurt:
— Hai mai repede premianto! Ia să te
văz mâine la secera, tot premiantă ești
Da păi dar, a plecat tata și ai rămas
tu să comanzi răspuse Irina, strâmbându
și buzele spre fratele ei. Anghelina ieși
în prag se uita la lath, care rămarcesc
în soare cu coroana în mânx și după un
timp o întrebă!

Fig.21. Scrisul unei fetițe din clasa a IV-a, în transcrierea unui text

Întreaga atenție se centrează pe realizarea citirii cuvântului, ca întreg și pe formă, care să conducă la o lectură cursivă, ceea ce împietează asupra înțelegerii adecvate a textului. Şi mai greu este surprins înțelesul unităților mai mari, al sintagmelor, propozițiilor şi frazelor, iar din cauza concentrării asupra unităților disparate, contextul şi subcontextul nu mai îndeplinesc rolul de suplinire şi întregire a unor informații. De aici, şi o serie de greutăți în reproducerea celor citite şi raportarea la unele referințe, ce se înscriu într-un cadru mai general, al unor elemente cu ramificații colaterale față de ideea de bază şi, în genere, nu pot sesiza informațiile presupuse şi neexprimate în mod direct.

Critchley sintetizează datele adunate de Monroe şi Goldberg cu privire la erorile pe care le fac dislexicii în citirea cu voce tare, dar se dezice de ei, fiind de părere că există o categorie aparte de tipuri de greşeli care conturează fenomenul specific. Într-adevăr, la dislexicii din această categorie pot fi surprinse o serie de caracteristici ce rezultă din dificultățile enunțate mai sus şi care fac posibilă şi diagnosticarea lor facilă. Dintre acestea, cele mai importante sunt:
- greutăți în citirea cuvintelor cu un grad mai mare de dificultate sau cu o lungime mai mare, ceea ce îl determină pe dislexic să încerce ghicirea lor;
-greutăți în diferențierea cuvintelor şi literelor asemănătoare, din punct de vedere auditiv;
- greutăți în trecerea de pe rândul citit pe rândul următor şi tendința de a-l sări.
Calificând această caracteristică drept o incapacitate a dislexicului respectiv, Morse şi Daniels au numit-o prin sintagma „dislexie lineară";
- greutăți în înțelegerea celor citite şi în reproducerea lor;
- greutăți în pronunțarea unor sunete şi mai cu seamă a grupurilor bi- şi triconsonantice;
- greutăți în păstrarea formei date a textului şi adăugarea unor foneme sau cuvinte care pot schimba chiar sensul textului;
- omiterea unor foneme sau chiar cuvinte;
- plasarea incorectă a accentului, mai cu seamă pe cuvintele polisilabice;
- mişcări ale buzelor şi emiterea unor vocale ce dau impresia existenței unor cuvinte parazite în vorbire.

În planul grafiei, disgraficul întâmpină numeroase dificultăți în unirea grafemelor pentru redarea unitară a cuvântului. Ca atare, suferă

în mod deosebit forma scrisului, din cauză că disgraficul își concentrează atenția în legarea grafemelor componente ale cuvântului, dar de cele mai multe ori, legăturile se efectuează prin alungirea exagerată a unor bucle sau linii, ceea ce dă un aspect dezagreabil scrisului. În alte situații, transpunerea în scris a cuvântului auzit suferă o comprimare, datorită faptului că subiectul are dificultăți în realizarea concomitentă a controlului celor scrise şi a formelor corespunzătoare. Datorită aceluiaşi fenomen, comprehensiunea perfectă nu se realizează decât în cazul propozițiilor scurte şi care au fost mai des întâlnite sau care îi sunt familiare. Cel mai pregnant şi semnificativ fenomen este acela că nu se stabileşte o corespondență activă între complexul sonor, care implică, în primul rând, componenta auditivă şi simbolul grafic, prin intermediul componentei vizuale. Între cele două componente, vizuală şi auditivă, trebuie să existe unitate şi echilibru pentru a putea reproduce, grafic, complexul sonor. O astfel de unitate şi echilibru, facilitează funcționarea, în planul ideației, a operațiilor de analiză-sinteză, ca şi a celor de comparare şi discriminare a grafemelor, în scopul redării lor diferențiate (vezi figura 22).

Fig. 22. Aceeaşi fetiță, la o dictare

Toate aceste dificultăți fac să apară, la această categorie de disgrafici, o serie de caracteristici pe care le sintetizăm astfel:

- omisiuni de grafeme şi cuvinte;
- adăugiri de grafeme şi cuvinte;
- înlocuirea unor grafeme cu altele;
- contopirea unor cuvinte prin alungirea unor linii ce unesc cuvintele respective;
- nerespectarea spaţiului paginii, ce se poate manifesta prin redarea inegală a unor grafeme, sărirea unor rânduri, încălecarea altora şi prin nepăstrarea direcţiei de scris, adoptând o poziţie ori prea jos, ori prea sus, în partea dreaptă a rândului (vezi figurile 23 şi 24);

Fig. 23. Transcrierea unui text de către un elev de clasa a III-a

- manifestarea scrisului ca în oglindă sau apariţia unor fenomene asemănătoare prin „rotirea" (trecerea) unui grafem în locul altuia. De cele mai multe ori, acest fenomen se produce între grafemele asemănătoare sau percepute vizual insuficient de diferenţiat;

- nu sunt suficient diferențiate grafemele asemănătoare din punct de vedere kinestezic și vizual.

Dictare

[illegible]

Fig. 24. Același elev la o probă de dictare

Toate aceste fenomene, ca și cele evidențiate la nivelul lexiei, sunt consecutive și subordonate dificultăților de corelare a complexului sonor cu simbolul grafic și înțelegerii sensului convențional al simbolisticii lexiei. Ele împiedică și formarea deprinderilor lingvistice, având efecte negative asupra vorbirii orale și, în general, asupra evoluției psihice. Dacă școlarul înregistrează eșecuri școlare repetate, atunci tensiunea psihică crește, ceea ce duce la încordări și rigiditate crescute în desfășurarea actului lexo-grafic.

2.3. Dificultăți în respectarea regulilor gramaticale și caligrafice

Atragem atenția, în mod special, că această categorie de dificultăți poate fi luată în considerație ca reprezentând erori tipic disgrafice și dislexice, numai după trecerea unui timp necesar instruirii, în scopul învățării și formării deprinderilor ortografice și caligrafice. Vârsta școlară devine, astfel, un criteriu de bază în aprecierea specificității acestor erori, care vor fi raportate și la nivelul mintal (fig. 25 și 26).

tovarăşa învăţătoare cu Vio
din clsa a II-a B. Era plin
de prat pe faine şi plîngea.
A spus că l-a trîntit un
copil blond din această clsă
L-a aşezat în faţa
clasei şi spune care dintre
ei ~~te~~ a spus:
- Uită-te la toţi elevii
şi spune care dintre ei
te-a
lovit.

Fig. 25.Transcrierea unui text de către un elev din clasa a II-a, la sfârşitul anului şcolar

Dictare

Bodoti
foareupla luc delmînă
mugime uădaspe. ivarul.
gsacă ăi şi pui îec.
umblau domo l
unl.t rămna . năurmă
sentapeloc pacăsapute
Bribateufidaşăsopta ca
scdciap pecdi

Fig.26. Acelaşi elev, la o probă de dictare, la sfârşitul clasei a II-a

Ca atare, nu vor fi luate în considerație ca erori disgrafice și dislexice acele disortografii și dificultăți apărute ca urmare a necunoașterii regulilor respective sau acelea care se produc sporadic, mai cu seamă când este vorba de o anumită grabă sau neatenție. Deși aceste erori se manifestă, în majoritatea cazurilor, ca și cele tipice, ele nu pot fi considerate ca atare atâta timp cât subiectul nu a parcurs etapa necesară învățării regulilor respective. Pentru a le considera specifice, ele trebuie să se producă cu o anumită constanță și frecvență în compuneri și dictări, dar uneori și în copierea textului. Noi am întâlnit disgrafici adolescenți și maturi care manifestau o anumită abilitate în a ocoli acele propoziții sau fraze la care nu erau siguri pe ortografierea corectă. Fenomenul este posibil în compuneri, dar și aici aceste măsuri exagerate de precauție sunt în detrimentul coerenței textului. Aceste dificultăți sunt mai evidente în scris, iar când sunt accentuate, textul devine ilizibil. Disortograficul citește sau scrie fără să respecte și să pună punctul, virgula, semnul exclamării, al întrebării, linia de dialog etc. În unele cazuri, scrie cu literă mare și la mijlocul cuvântului, iar în altele începe propoziția sau fraza cu literă mică. În textele scrise pot apărea și unele semne de punctuație necunoscute nu numai pentru cititorul normal, dar nici disortograficul nu le mai recunoaște și nu poate da explicații asupra lor (fig. 27și 28).

Fig. 27. Scrisul unei eleve de clasa a II-a la o probă de transcriere a unui text după doi ani de școlarizare

Fig. 28. Scrisul aceluiaşi elev, la o probă de dictare

În citire, disortograficul are o vorbire lentă, sacadată, monotonă şi lipsită de intonaţie. Nerespectarea semnelor ortografice duce la ştergerea pauzelor, ceea ce îi îngreunează înţelegerea celor citite. Ca formă ce se încadrează în categoria tulburărilor lexice şi grafice, ***disortografia poate fi considerată, ca inaptitudine ce survine în perioada însuşirii citit-scrisului sau ca o tulburare de fond, survenită după iniţierea în grafie şi lexie, ca urmare a deteriorării unor structuri neuropsihice sau funcţii implicate în procesul lexo-grafic.*** Majoritatea specialiştilor consideră că fenomenele disortografice, chiar dacă dau impresia că sunt separate de tulburările limbajului citit-scris, cu timpul se transformă în veritabile dislexii şi disgrafii. Astfel, R. Mucchielli şi A. Bourcier (1974) sunt de părere că disortografia se prezintă ca fiind similară disgrafiei ori ca fiind o sechelă a dislexiei. Marie de Maîstre (1971) o prezintă ca un corolar al dislexiei, pentru că orice dislexic este potenţial disortografic. Fr. Estienne (1973) arată că din moment ce mecanismele activităţii ortografice sunt mai complexe ca cele ale actului lexic, disortografia

devine complementară tulburărilor lexice, iar Susan Borel-Maisonny subliniază că disortografia are implicaţii negative în învăţarea citit-scrisului şi în achiziţiile şcolare. Adeseori, fenomenul disortografic apare pe fondul tulburărilor de intelect şi senzoriale, ceea ce determină accentuarea dizabilităţilor grafo-lexice şi eşecuri la învăţare tot mai evidente.

Din punct de vedere caligrafic, scrierea disgraficului nu este dreaptă, se alungesc unele grafeme comparativ cu altele, unele sunt prea mari, iar altele prea mici, se suprapun unele rânduri sau dimpotrivă, se lasă spaţiu prea mare între ele, se lungesc unele grafeme atât de mult, încât se produce o unire între cuvinte, creând aşa-numitul fenomen de contaminare (fig.29,30).

Fig. 29. Scrisul unui elev din clasa a V-a cu dislexo-disgrafie accentuată

Zictare

Boboli

Toorla untele lucea Delluzină

cu mugurii mesellinoți întuluu slatușea

istaorerăsor. Ssmionul tatutele

și pui petărare în vorbe. unblau

Donok un soule rămânea neătru

uronă seînvlinra fupasrcă murtia

Inleal plinbro cutocuorul um

îr lau călunor se opinie eacă se

tecoabea lonsă

Fig. 30. Scrisul aceluiaşi elev, în proba de dictare

În general, scrierea şi citirea copiilor cu asemenea dificultăţi gramaticale şi caligrafice pare bizară şi paradoxală. Totuşi, acestea nu trebuie confundate cu manifestările relativ asemănătoare în cazurile tulburărilor citit-scrisului ce apar în afazie. Tulburarea deprinderilor motorii, în afazie, atrage după sine, o serie de manifestări caracteristice disgrafiei şi dislexiei, mult mai profunde şi care denotă pierderea stilului personal existent anterior. Există o mare labilitate de la o persoană la alta şi chiar manifestări care creează impresia estompării dezordinilor mentale, frecvente în afazie. Se pot aprecia unele performanţe ale citit-scrisului în perioada de restabilire a limbajului, dar şi situaţii de prăbuşire a deprinderilor ce intervin în stările de încordare, stresante sau de insatisfacţie.

2.4. *Omisiuni de litere, grafeme şi cuvinte*

Categoria omisiunilor are o paletă extrem de largă şi este prezentă la marea majoritate a dislexicilor şi disgraficilor. Numai ca o excepţie se întâlnesc cazuri cu tulburări ale limbajului citit-scris în care nu apar, în mod frecvent, omisiuni de litere, grafeme, cuvinte şi, mai rar, propoziţii. Această categorie de greşeli este mai frecventă la logopaţii care prezintă tulburări de pronunţie şi este proporţională cu gravitarea acestora. Spre exemplu, mai întotdeauna manifestările de dislalie polimorfă sau cele ale disartriei se transpun în limbajul citit-scris. În copierea unui text, fenomenul este mai rar şi are un caracter labil, dar este foarte evident în dictări şi în compuneri. Când avem de-a face cu forme uşoare de tulburări ale pronunţiei, cum este dislalia simplă, transpunerea are loc mai mult în scris, iar în citit ea poate să nu se manifeste deloc sau numai din neatenţie.

Categoria omisiunilor este frecventă şi când există alte tulburări ale vorbirii orale, mai ales cum sunt cele de ritm şi fluenţă (bâlbâială, logonevroză, tumultus sermonis, tahilalie, bradilalie) sau cele polimorfe (alalie, afazie). Deosebit de pregnant apar aceste omisiuni în citit-scris, ca urmare a fenomenului de nedezvoltare a limbajului, în general. Cum toate aceste caracteristici se corelează şi cu dezvoltarea intelectuală şi senzorială, în debilitatea mintală şi la surdomuţii în curs de demutizare, există un fenomen complex ce se manifestă în cele mai diverse situaţii (fig.31,32,33).

Fig. 31. Scrisul unei eleve din clasa a VIII-a cu intelect liminar

Fig. 32. Scrisul copiat al unui elev, în vârstă de 13 ani, din şcoala specială (după cinci ani de şcolarizare)

Fig. 33. Scrisul aceluiaşi elev, la o probă de dictare

Devine un fapt ce nu mai trebuie demonstrat: omisiunile pot să apară şi în lipsa tulburărilor limbajului oral. Este suficient să ne gândim la deficienţele auzului fonematic pentru a avea imaginea clară a complexităţii fenomenului respectiv. Dar cauzele care pot da naştere la un evantai atât de larg de omisiuni în disgrafie-dislexie nu se reduc numai la acestea. Ele au fost deja analizate în capitolul respectiv şi nu mai revenim asupra lor. Precizăm numai că, de obicei, omisiunile nu sunt determinate de o cauză izolată, deoarece ele se înscriu în fondul general al tulburărilor citit-scrisului.

Omiterea nu se produce la fel în toate cazurile. Depinde de o serie de factori, printre care, cei mai importanţi privesc locul ocupat de o anumită literă sau grafem în raport cu altele, lungimea şi dificultatea cuvântului citit sau scris, dificultatea de emiterea fonemului corespunzător literei sau dificultatea realizării ei grafice etc. Astfel, în grupurile bi- şi triconsonantice, omiterea este mai frecventă atât în scris, cât şi în citit. O situaţie similară o au şi grafemele care articulează cuvintele în scris şi chiar literele de la sfârşitul cuvintelor, în citit. Frecvent, sunt omise în scris grafemele de la sfârşitul cuvintelor, care dau pluralul acestora. Dar atât în citit, cât şi în scris, omiterea literelor sau a grafemelor nu schimbă decât în rare cazuri sensul cuvintelor; în schimb, creează un aspect dezagreabil vorbirii. Sensul este afectat mai ales atunci când sunt omise cuvintele şi când de fapt are loc şi o simplificare a înţelegerii contextului. În asemenea situaţii, apar, deseori, poticniri în citit, iar în scris nu se mai realizează, concomitent, conştientizarea actului cu controlul grafismului şi, ca atare, subiectul întâmpină greutăţi în înţelegerea şi reproducerea celor scrise.

2.5. *Adăugiri de litere, grafeme şi cuvinte*

În citit, fenomenul este singular şi întâmplător, dar în scris el are o oarecare frecvenţă. În general, adăugirile denotă o lipsă de siguranţă şi unele oscilaţii în precizarea formei corecte. Grafemele adăugate au loc, în special, la sfârşitul cuvintelor, dar deseori sunt repetate şi unele cuvinte de legătură. Este semnificativ că mulţi disgrafici nici după recitirea textului nu sesizează această categorie de greşeli şi nu se pot corecta. Grafemele şi cuvintele adăugate în scris nu apar ca urmare a neatenţiei, ci mai degrabă a slabelor posibilităţi în

concentrarea atenției și a exacerbării excitației. Sunt prezente unele dereglări ușoare ale percepției, atenției și ale subordonării actului motric în planul mintal. Deși, din punct de vedere psihologic, adăugirile par a avea implicații minore pentru structura internă a individului, în realitate, ele evidențiază pentru multe cazuri, dereglări ce se înscriu în domeniul psihopatologiei marginale.

Pentru citit, este specifică adăugarea literelor, a începutului de cuvinte sau a cuvântului întreg, mai cu seamă când dislexia coexistă sau când se manifestă pe fondul tulburărilor de ritm și fluență a vorbirii. Existența unor asemenea tulburări determină o accentuare a adăugirilor și la disgrafici. Atât pentru lexie, cât și pentru grafie, există o anumită „preferință" în adăugarea literelor și grafemelor, când acestea se produc pe fondul tulburărilor de ritm și fluență. Așa cum bâlbâiala și logonevroza determină, în vorbire, repetarea mai frecventă a unei anumite categorii de sunete, tot așa are loc transpunerea acestora în citire și în scriere, sub forma adăugirilor.

2.6. *Substituiri și confuzii de litere, grafeme și cuvinte*

Grupa substituirilor poate fi considerată una din caracteristicile reprezentative pentru tulburările limbajului citit-scris. Mai mult ca în omisiuni și adăugiri, aici se pot surprinde unele principii sau reguli după care se desfășoară substituirile și confuziile. În primul rând pentru scris, dar și pentru citit, substituirile se produc ca urmare a confuziilor dintre grupurile de foneme, litere și grafeme asemănătoare, din punct de vedere optic: d-p-b-, u-n, m-n, a-ă, s-ș, t-ț etc. și invers. Situația devine mai complexă și tulburările lexico-grafice se agravează, prin adăugarea asemănărilor acustice, deoarece fenomenul capătă o mai mare stabilitate și se consolidează pe măsură ce trece timpul, dacă nu sunt luate măsuri recuperatorii. După principiul asemănării, fie din punct de vedere fonematic, fie kinestezic, fie optic, se produc substituiri și confuzii și pentru grupurile f-v, b-p, c-g, s-z, d-t etc, ale căror foneme se găsesc, cum arată R. Jakobson și M. Halle (1956), două câte două, în opoziție principală surd-sonor. În opoziție asemănătoare se află și m-n, s-ș, l-r, țe-ce și altele (E. Verza, 1970). Caracteristică este atât confuzia, cât și substituirea lui m cu n și invers, care se produc din toate cele trei unghiuri de vedere: fonematic, kinestezic și optic, ceea ce duce și la afectarea lor mai frecventă.

Din punct de vedere psihologic, confuzia şi substituirea cuvintelor se produc ca urmare a faptului că subiectul cu tulburări ale limbajului citit-scris nu conştientizează, în toate situaţiile, cuvântul citit sau scris (mai cu seamă în dictări), şi nu surprinde sensul acestuia, trecând peste el printr-o percepere globală, bazată pe ghicire. Aceasta şi pentru faptul că logopatul nu ia în considerare contextul, iar în plan mintal nu se realizează, în mod riguros, operaţia de analiză-sinteză. Fenomenul este accentuat şi de trăirea, la nivelul personalităţii, a disconfortului psihic determinat de eşecurile repetate în planul grafiei şi al lexiei. Când dificultăţile sunt mai bine conştientizate pe plan motivaţional, scade interesul pentru activitate, ceea ce duce la indiferenţă şi pasivitate, iar lipsa performanţelor lexice şi grafice determină instalarea unor modalităţi comportamentale negative în toate domeniile vieţii.

2.7. *Contopiri şi comprimări de cuvinte*

Este un fenomen mai rar întâlnit decât celelalte, dar deosebit de complex în scris pentru că textul devine, de cele mai multe ori, ilizibil. Manifestările sunt active în dictări, comparativ cu compunerile şi copierile. În citit, apare mai degrabă ca simptom al unor tulburări complexe, cum ar fi afazia, disartria etc. Dar în scris există, ca fenomen de sine stătător, şi, desigur, este mai pregnant în tulburările cu etiologie organică, cerebrală. La copiii care prezintă o instabilitate psihomotorie sau tulburări ale motricităţii fine, acest fenomen este, de asemenea, foarte frecvent.

Contopirile de cuvinte se produc, în scris, prin alungirea liniei de la ultimul grafem, încât se uneşte cu primul grafem al cuvântului următor. Când cuvintele unite sunt lungi, cititorul se descurcă mai uşor, dar întâmpină dificultăţi când sunt contopite cuvintele scurte, ca, de exemplu, cele de legătură. Spre deosebire de contopiri, comprimările se produc atât în citit, cât şi în scris, mai cu seamă la acei subiecţi la care nu sunt consolidate deprinderile lexo-grafice. În unele cazuri, comprimarea se realizează prin citirea sau scrierea unei părţi din cuvânt (mai des, la sfârşitul cuvântului), iar în altele, prin suprimarea unor litere sau grafeme ce pot fi plasate în orice poziţie a cuvântului. Dar există şi o a treia posibilitate, când comprimarea se

realizează prin păstrarea numai a anumitor litere sau grafeme din cuvântul inițial și prin adăugarea altora, ceea ce duce la formarea unui nou cuvânt. Acest nou cuvânt își poate păstra sensul, dar există și posibilitatea modificării acestuia, din punct de vedere semantic, și chiar al formei sale acustice.

Asemenea fenomene sunt mai frecvente la disgraficii și dislexicii care au tulburări de ritm și fluență a vorbirii. Dintre acestea, tahilalia și tumultus sermonis determină o manifestare mai accentuată a contopirilor și comprimărilor, ca urmare a precipitării subiecților în fața sarcinii și a desfășurării acțiunii sub impulsul exacerbării excitației și a lipsei de control.

2.8. Nerespectarea spațiului paginii, sărirea și suprapunerea rândurilor

Fenomenul este frecvent în handicapurile de vedere, la cei cu tulburări oculo-motorii, la stângacii care scriu cu mâna dreaptă sau stângă, în lateralizarea dreaptă și în ambidextrie. Fenomenele respective pot exista și în lipsa acestor situații, mai cu seamă atunci când se formează deprinderi incorecte de citit-scris sau când apar unele tulburări la nivelul proceselor cognitive. Și în debilitatea mintală și în intelectul de limită, urmărirea rândului ce se citește sau a liniei drepte de scriere devine foarte dificilă. Interesant este că și în scris, chiar atunci când spațiul paginii este liniat, păstrarea direcției se face cu oscilații de la un rând la altul.

În analiza tulburărilor de scris, J. De Ajuriaguerra și colab. (1980, pag. 225-227) iau în considerare trei categorii de itemi: organizarea deficitară a paginii, neîndemânarea și greșelile de formă și proporție. În consecință, textul nu capătă unitate, fiind dezordonat, iar spațiul dintre rânduri nu este regulat, ceea ce determină o nerespectare a orizontalei rândului. Neîndemânarea accentuează deformările și nu se respectă caracteristicile caligrafice, deoarece, adeseori, sunt retușate grafemele, iar liniile ce le unesc au întreruperi și îngroșări. În ce privește greșelile de formă și de proporție, ele determină lipsa de claritate a textului și confuzia dintre grafeme, prin nerespectarea dimensiunii grafemelor și a proporției bastonașelor.

În citire, dislexicul poate parcurge acelaşi rând ori sare unul sau mai multe, fără să-şi dea seama. Aceasta dovedeşte şi faptul că înţelegerea este deficitară şi că nu urmăreşte semnificaţia contextului sau a ideii. Fenomenul îngreunează şi mai mult conceptualizarea şi analizarea celor citite. Manifestarea, în scris, a nerespectării spaţiului paginii, sărirea şi suprapunerea rândurilor denotă tulburări spaţio-temporale relativ accentuate. În aceste condiţii, scrisul devine dezagreabil şi ilizibil. Un disgrafic, pus în situaţia să-şi citească propriul scris, nu se poate descurca. Nu de puţine ori se întâlnesc asemenea elevi care au rezultate bune la majoritatea disciplinelor şcolare şi sunt consideraţi dotaţi din punct de vedere psihic, dar în scris fac greşeala suprapunerii rândurilor, atunci când li se atrage atenţia, lasă un spaţiu exagerat între ele. Există şi situaţii când suprapunerea rândurilor se face numai pe o porţiune, ca apoi să le despartă. Tendinţa generală la aceşti subiecţi este aceea că, cu cât se apropie mai evident pe partea dreaptă a paginii, rândurile coboară tot mai mult. De obicei, nu îşi recunosc scrisul dacă li se arată după un anumit timp şi cu cât trece o perioadă mai îndelungată, cu atât întâmpină dificultăţi mai mari în citirea celor scrise.

2.9. Scrisul servil şi citit-scrisul ca în oglindă

Scrisul servil se manifestă prin înclinarea exagerată spre dreapta sau spre stânga, ceea ce duce la deformarea grafemelor şi la o slabă diferenţiere, mai cu seamă a celor asemănătoare din punct de vedere optic. În asemenea situaţii, grafemele sunt executate alungit şi nu au înălţimea necesară pentru a putea fi percepute uşor. Scris-cititul, ca în oglindă, se realizează printr-o rotire a grafemelor şi a literelor, în aşa fel încât se ajunge la o reflectare inversă a imaginii respective pe creier. Fenomenul este impresionant, dar cazurile nu sunt prea frecvente. Se pare că la baza lui stau unele tulburări oculo-motorii şi temporo-spaţiale. Probabil, că sistemele cerebrale au o astfel de organizare şi funcţionare încât nu primesc imaginea percepută în mod normal, ci distorsionată.

Mai frecvent, se manifestă scrisul ca în oglindă în debilitatea mintală gravă şi la copiii stângaci. Astfel de subiecţi execută des un scris de la dreapta la stânga şi percep scrisul corect cu literele văzute

în oglindă. O astfel de tulburare este pusă şi pe seama afecţiunilor encefalului, determinată de meningite sau a dereglărilor emisferei drepte din regiunea parietală inferioară a creierului, cauzate de diferite disfuncţii neurofiziologice.

Copiii întâlniţi de noi cu astfel de tulburări sesizau că ceilalţi colegi nu ţin cartea la fel ca ei, dar, cu toate acestea, nu puteau efectua citirea decât adoptând poziţia lor specifică.

O formă de scris servil mai deosebit şi rar întâlnită constă în realizarea la nivelul buclelor a unei imagini minuscule prin desen schematic, reprezentând, spre exemplu, o floricică, o păsărică etc.

*

* *

Manifestările evidenţiate mai sus, sunt cele mai caracteristice, chiar dacă ele nu epuizează întreaga complexitate a tulburărilor limbajului citit-scris. ***Există şi alte fenomene, cum sunt cele ale deformărilor de litere, în citit, sau a omisiunilor de propoziţii şi de sintagme în citit-scris, ce se deduc din cele nouă caracteristici principale la care ne-am referit şi care apar ca fiind secundare acestora.*** Pe de altă parte, prin compararea manifestărilor specifice disgrafiei, cu cele care apar în dislexie credem că am reuşit să subliniem atât relaţia dintre ele, cât şi gradul de dificultate mai mare sau mai mic în una sau în alta. În general, specialiştii pot aprecia că, mai ales, ţinând seama de particularităţile limbii române, dar şi ale altor limbi, tulburările scrisului comportă mai multe dificultăţi decât cele ale cititului şi se manifestă mai pregnant. Aceasta cu atât mai mult cu cât, şi din punct de vedere psihologic şi fiziologic, scrierea implică participarea unor procese complexe ce depăşesc simpla însuşire a deprinderilor şi care, de fapt, atrag după sine perfecţionarea abilităţilor de citit. ***Din această perspectivă generală, se impune sublinierea că citirea apare ca rezultat al coordonării corticale superioare şi al sintezei din sistemele de vorbire, al recepţiilor auditive, vizuale şi motrice, al recunoaşterii literei şi a sunetului corespunzător, ca o condiţie de bază, în timp ce în scris intervine reproducerea, ca fapt complex de analiză şi de sinteză corticală.*** Hvatţev precizează că la baza procesului citirii se află imaginea cuvântului, ca rezultat al interacţiunii imaginilor optice, acustice şi kinestezice, ceea ce permite ca citirea unui cuvânt să se facă simultan şi nu pe litere. În dislexie, are loc o tulburare a citirii simultane şi succesive – fără să se mai poată face, corect, legătura dintre literă şi

sunet. Integritatea auzului fonematic joacă un rol esențial în citirea corectă. Pentru scris, integritatea auzului fonematic şi a analizei auditive duce la formarea articulării corecte, ceea ce facilitează transpunerea, în planul grafic, a schemelor verbale.

În general, copiii dotați au posibilitatea ca după circa o jumătate de an de instruire să-şi formeze schemele mintale ale scris-cititului, după care urmează consolidarea lor progresivă. Lipsa unor asemenea progrese poate fi urmarea, la copiii cu intelect normal dezvoltat, a perturbărilor dintre legăturile asociative, receptate pe cale vizuală, şi cele ce sunt receptate pe cale auditivă. Ca urmare, tulburările fonetice ale vorbirii sunt agravate de asocierea lor cu cele sintactice şi, împreună, influențează negativ perfecționarea deprinderilor de citit-scris. Sunt uşor de recunoscut asemenea afecțiuni, după manifestarea unor tipuri de greşeli specifice atât în scris, cât şi în citit; înlocuiri, mutarea unor litere sau grafeme în cuvânt, unirea cuvintelor, omisiuni de cuvinte şi propoziții, confundarea literelor şi a grafemelor cu altele, disocierea literelor şi a grafemelor etc.

Analizând tulburările citirii şi scrierii la copii, R.E. Levina scoate în evidență că la baza formării deprinderilor corecte de lexie şi grafie stă capacitatea de analiză fonematică, care este menită să finalizeze comunicarea, pe întreaga durată a emiterii verbale şi nu numai pe anumite etape ale vorbirii.

Tulburările citit-scrisului pot fi considerate ca deficiențe în dezvoltarea anumitor facultăți specifice, iar în lipsa altor anomalii evidente, cu care să le asociem, le putem încadra într-un sindrom general de nedezvoltare a limbajului. Dar tendința manifestată în teoria contemporană, de a le încadra în aria largă a imaturității cerebrale, nu are un suport faptic sau experimental, ci numai unul ipotetic. Datele electroencefalografice invocate, printre alții, de Bender, în sprijinul acestei afirmații, nu pot explica deficitul structural, ca de altfel nici pe cel al echipotențialității corticale, pentru că la majoritatea subiecților nu produc dereglări în planul lexic sau grafic.

În diagnoza tulburărilor limbajului citit-scris, specialiştii în logopedie au încercat să găsească o serie de parametri care să-i ajute într-o măsurare aproximativă la o cuantificare a categoriilor acestuia. Printre altele, s-a luat în considerație evoluția grafică şi lexică a copiilor născuți la termen față de cei prematuri. De pildă, Hirsch considera că rezultatele obținute de copiii prematuri sunt inferioare

celor ale copiilor născuţi la termen şi după trecerea a doi ani de instruire, ceea ce îl determină să-i considere ca făcând parte dintr-un grup numit „de risc". Alte caracteristici luate în consideraţie, în diagnoză, se referă la hiperactivitate, impulsivitate, statură mică, slaba inhibiţie, infantilism comportamental, slabă dezvoltate a memoriei auditive etc. Critchley are dreptate când manifestă rezerve faţă de aceste trăsături, deoarece ele sunt confirmate doar ocazional. Unele rezerve se impun şi în folosirea testelor de tipul desenării omului (Goodenough), în aprecierea memoriei vizuale în redarea figurilor geometrice complicate (Goutte) sau în depistarea formelor orientate diferit (Borel-Maisonny), în reproducerea de ritmuri video-auditive (Stambak), probe de articulare rapidă, probe de vocabular, probe de discriminare dreapta-stânga.

În această ordine de idei, se impun două precizări: a) slabele priceperi manifestate în desen, în special, dar şi în citirea cifrelor şi a semnelor muzicale, nu sunt caracteristice disgraficilor şi dislexicilor. Pe de o parte, sunt dislexo-disgrafici, care manifestă chiar înclinaţii pentru astfel de activităţi, iar pe de altă parte, există subiecţi fără tulburări ale limbajului citit-scris, la care apar dificultăţi de acest gen. Probabil că sunt alte mecanisme care le explică, dar oricum educaţia şi experienţa în domeniul respectiv sunt condiţii care trebuie luate în considerare; b) performanţele în scris şi în citit diferă de la o perioadă de vârstă la alta, atât la oamenii normali, cât şi la cei cu dislexie şi disgrafie. Acestea sunt în funcţie de o serie de factori psihologici şi biologici. Este suficient să cităm, în categoria primilor, pe acei factori care se referă la motivaţie, la interesul pentru activitate, la aspiraţia şi nevoia de afirmare în plan social, la conştiinciozitatea, la flexibilitatea gândirii şi la capacitatea de înţelegere, la nivelul voliţional crescut etc, iar din a doua categorie, starea de sănătate, funcţionalitatea normală a diferitelor organe în ansamblul organismului, starea de oboseală fizică a diferitelor organe în ansamblul organismului, starea de oboseală fizică şi psihică etc. Di cauza acestora, putem fi surprinşi de faptul că un disgrafic sau un dislexic poate comite greşeli grosolane într-o zi sau într-o şedinţă de activitate terapeutică, în timp ce în altele, fenomenele respective să ne pară diminuate.

Cu toate acestea, psihologii, pedagogii şi logopezii au ajuns la concluzia că se poate vorbi despre o vârstă a coeficientului de inteligenţă. Chiar dacă Schonell exagerează, când vorbeşte despre existenţa unor vârste ce se referă la recunoaşterea cuvântului, a ortografiei, a multiplicării, a compoziţiei etc; nu este decât o defalcare

pentru analiză, deoarece fiecare vârstă cronologică are un corespondent specific în plan psihologic şi educaţional. Dar neurologii care se referă la această problemă, printre care şi Critchley, o consideră străină de modul lor de a gândi, pentru că aceştia îngustează, în mod nejustificat, întreaga problematică şi o reduc la sensuri convenţionale structurale ce nu pot fi puse, totdeauna, în evidenţă. Faptele manifestate în plan psihocomportamental nu sunt luate în analiză cu destulă stringenţă şi nu sunt corelate cu evoluţia psihică generală a subiectului.

În analiza tulburărilor limbajului, în general, şi a celor de scris-citit, în special, un interes deosebit a suscitat rolul jucat de dominanţa cerebrală, la care ne-am referit, ca factor etiologic în deficienţele grafiei şi lexiei. Într-un studiu efectuat de noi, împreună cu M. Golu în 1970, am surprins o serie de caracteristici cu implicaţii complexe în producerea tulburărilor de limbaj şi pe care le menţionăm, în continuare, deoarece ele prezintă interes nu numai pentru cunoaşterea specificităţii evoluţiei dislexiei-disgrafiei, dar şi pentru diagnoza şi terapia recuperatorie logopedică. După cum se ştie, lateralizarea poate fi considerată ca o caracteristică a organizării neurofiziologice a funcţiilor şi proceselor psihice. Lateralizarea semnifică predominarea unei emisfere cerebrale sau a alteia în efectuarea şi rezolvarea diferitelor acte comportamentale. Evoluţia filogenetică a sistemului nervos, sporirea coeficientului de stabilitate a organismului şi perfecţionarea morfologică şi structurală a determinat procesul de „dedublare" a formaţiunilor nervoase. Cea mai înaltă organizare a acestui proces se pare că o găsim la om. În acest sens, au fost efectuate o serie de cercetări neurofoziologice şi psihologice şi s-au acumulat o serie de date cu caracter clinic, care confirmă ipoteza potrivit căreia cele două emisfere cerebrale nu sunt echivalente, din punct de vedere funcţional, în ciuda simetriei lor morfologice.

În reglarea şi funcţionarea proceselor psihice, între cele două emisfere se stabilesc raporturi de subordonare, în sensul că pentru anumiţi oameni, o emisferă este dominantă, iar cealaltă subordonată, în timp ce pentru alţii, dominanţa emisferică este inversă, faţă de cei din prima categorie. Criteriul după care se stabilizează emisfera dominantă este în funcţie de organizarea funcţională a relaţiei dintre sistemele aferente şi cele eferente la fiecare om. În acelaşi timp, se constată că gradul de lateralizare a diferitelor funcţii nu este la fel. Există unele funcţii ce pot fi considerate puternic lateralizate, în timp ce altele sunt slab lateralizate. Aşa, de exemplu, limbajul, operaţiile

motorii (locomoția, manipularea obiectelor), percepția muzicii, reprezentarea eului fizic şi conştiinţa de sine aşa cum s-a mai arătat, sunt funcții puternic localizate, iar operațiile mintale (de analiză și de sinteză, de calcul etc), percepția vizuală, actele atenției, procesele afective sunt funcții slab localizate (A.R. Luria , 1962, pag, 75-78).

Limbajul, ca funcție puternic lateralizată, se realizează ca integrare cu toate componentele sale de ordin ideativ, senzorial și motor, fie într-o emisferă, fie în cealaltă – dreaptă, la stângaci și stângă la dreptaci. Aceste fapte au fost deja confirmate în clinicile neurochirurgicale. Este suficient să amintim aici constatările lui W. Penfield, edificatoare pentru faptele semnalate anterior. El a supus intervenției chirurgicale un număr mare de bolnavi cu leziuni localizate în emisfera dreaptă sau stângă. Cu această ocazie, s-au urmărit efectele lateralizării asupra tulburărilor limbajului la afazici. Din totalul de 175 de bolnavi dreptaci, la care s-au efectuat intervenții chirurgicale în emisfera stângă, au apărut tulburări de tip afazic la 121, iar din 252, care au suportat operații la nivelul emisferei drepte, numai unul singur a prezentat asemenea tulburări afazice (W. Penfield, L. Roberts, 1963, pag. 97).

Pornind de la analiza criteriilor statistice, care reliefează un număr mai mare al dreptacilor în raport cu stângacii și a celor ontogenetice, ce relevă evoluția–dezvoltarea și stabilizarea lateralității, pe măsura înaintării în vârstă, se poate afirma că pentru constituirea structurilor limbajului oral și scris, dominanța emisferei stângi este mai importantă și mai oportună. Ca urmare, lateralizarea dreaptă, specifică pentru stângaci, determină o serie de dificultăți de ordin funcțional, care pot conduce, mai cu seamă în copilărie, la disfuncționalități în conduita verbală (orală și scrisă).

Observațiile noastre, desfășurate pe un număr mare de copii, ne-au confirmat că întârzierile în apariția și dezvoltarea limbajului sunt mai frecvente la stângaci, pe de o parte, iar pe de altă parte, tulburările de limbaj sunt mai des asociate cu stângăcia. Pe aceeași linie, sunt semnificative și datele unor autori de prestigiu.

Beckley, de exemplu, din 50 de cazuri de copii stângaci, la 32% a înregistrat tulburări de vorbire; H.W. Siemens, la un număr de 67 copii stângaci, înregistrează un procent de 22,5% dereglări de diferite forme ale limbajului oral, în vreme ce la un lot de 520 dreptaci nu s-au înregistrat decât 6,9 % subiecți cu tulburări de vorbire. O legătură și mai directă este stabilită între stângăcie, stângăcia încrucișată sau ambidextrie și tulburările scrisului – disgrafia (Cl.

Launay, 1965). Merită atenție investigațiile electroencefalografice şi clinice care aduc şi ele date suplimentare în sprijinul ipotezei cu privire la existența unor dificultăți de reglaj, în cazul stângăciei, mai frecvente decât la dreptaci.

A. Subirana şi colab. (1952), cercetând un lot de 318 copii normali, au identificat un număr mai mare de unde cerebrale anormale la stângaci, decât la dreptaci (cit. după W. Penfield şi L. Roberts).

F. Schiller a observat că bolnavii săi stângaci, cu leziuni în emisfera dreaptă, întâmpinau dificultăți mai mari în a învăța să scrie cu mâna dreaptă, decât dreptacii care trebuiau, în urma operației, să învețe să scrie cu mâna stângă.

Se recunoaşte, în acelaşi timp, că se simte nevoia de date suplimentare pentru ca ipoteza respectivă să capete suficient temei; astfel, sunt necesare încă observații şi investigații sistematice pe subiecți de diferite vârste, normali şi anormali.

Problema ca atare, privind influența lateralității asupra dinamicii limbajului, prezintă nu numai o importanță teoretică, în legătură cu elucidarea complicatei probleme a localizărilor, ci şi una practică, care decurge din necesitatea găsirii celor mai adecvate modalități psihopedagogice şi logopedice pentru dezvoltarea vorbirii, pentru învățarea scrisului şi pentru corectarea eventualelor dizabilități pe care le dezvăluie copiii în sfera comportamentului verbal.

Pentru cercetarea ei, se impune, pe de o parte, găsirea procedeelor diagnostice adecvate atât pentru depistarea fenomenului stângăciei, cât şi a tulburărilor de limbaj asociate, iar pe de altă parte, stabilirea unui program corespunzător de reeducare, corectare sau compensare. Studiul nostru a vizat o serie de aspecte de ordin general care ni se par semnificative pentru cercetarea logopedică.

Mai întâi considerăm că cercetarea trebuie desfăşurată în două etape: o etapă prealabilă, care să conducă la identificarea tipului de lateralitate (respectiv a emisferei dominante) şi una de bază, menită să depisteze frecvența şi natura tulburărilor limbajului oral şi scris la stângaci, pe de o parte, şi la dreptaci, pe de alta.

În cadrul primei etape, în afară de discuții şi observații, noi am aplicat şi unele probe speciale. Printre acestea, cele mai edificatoare ni se par următoarele: a) probe motorii, constând din executarea unor operații obiectuale (apucarea şi manipularea unor obiecte uzuale – minge, creion, foarfece, cuțit etc); b) probe motorii, destinate dezvăluirii semnelor stângăciei mascate (ascunse), cum sunt încrucişarea degetelor celor două mâini, bătaia din palme, încrucişarea

mâinilor în faţă, proba dinamometrică; c) probe pentru evidenţierea stângăciei în coordonarea mişcărilor membrelor inferioare – săritura într-un picior, sărirea corzii, lovirea mingii cu piciorul; d) probe pentru stabilirea lateralităţii oculare: privirea cu un singur ochi printr-un tub, măsurarea acuităţii monoculare, ţintirea la un punct fix, suprapunerea de la distanţă a creionului peste a linie verticală, pe bază de control monoocular şi altele.

Stângăcia, ca atare, am stabilit-o în funcţie de valorile pe care le iau indicatorii randamentului la probele menţionate în cadrul aparatelor de execuţie din partea stângă a corpului, comparativ cu cele din partea dreaptă. Dintre indicatorii pe care-i înregistrăm, cei mai revelatori sunt: viteza de reacţie, intensitatea sau forţa reacţiei, precizia şi adecvarea mişcărilor, raportul dintre ipostazele de rol activ şi pasiv în efectuarea operaţiilor.

În etapa a doua, în vederea depistării tulburărilor de limbaj, am procedat la administrarea unor probe logopedice obişnuite: citirea după imagini, citirea unui text, vorbirea reprodusă, vorbirea liberă (recitare, naraţiune), numărarea (pentru investigarea limbajului oral) şi scrierea după dictare, compunerea liberă, copierea (pentru investigarea limbajului scris).

Ca indicatori ai dinamicii limbajului oral, ne-am oprit la : 1) completitudinea şi corectitudinea pronunţiei cuvintelor (urmărindu-se decelarea erorilor specifice, de tipul omisiunilor, substituirilor, contopirilor, dublărilor, inversiunilor, precum şi frecvenţa lor); 2) ritmul (latenţele reacţiilor motorii, intervalele dintre sunete şi cuvinte, accentul şi intonaţia); 3) calitatea recepţiei (corectitudine, volum, capacitate de decodare).

În desfăşurarea investigaţiei, se impune luarea în consideraţie a două fapte cu caracter, oarecum, legic, şi anume: 1) relativ egala distribuţie a cazurilor de lateralitate dreaptă şi stângă la vârstele mici; 2) tendinţa de creştere a lateralităţii de dreapta şi, corespunzător, diminuarea procentului cazurilor de stângăcie pe măsura înaintării în vârstă.

Astfel, dacă până la vârsta de 5-6 ani par să predomine semnele stângăciei, ulterior raportul se inversează în mod constant. Unde trebuie căutată explicaţia acestui fapt? Desigur, avem de a face cu mai multe cauze. De aceea, noi ne vom limita la analiza câtorva mai semnificative:

1) maturizarea progresivă şi inegală a diferitelor zone corticale şi a conexiunilor dintre ele. După cum se ştie, mai întâi se dezvoltă şi se integrează straturile superficiale I şi II ale scoarţei, legate de funcţiile de recepţie. În cadrul celor două emisfere, ele se dispun în mod diferit: concentrat şi relativ bine determinate, în emisfera stângă şi difuz, în emisfera dreaptă. Procesul de organizare a acestora din urmă se încheie mai repede decât al celor din emisfera stângă. Aceasta atrage, după sine, în sfera recepţiei, o dominanţă a emisferei drepte care, pe plan comportamental, se poate exprima în preferinţă pentru mâna, ochiul sau piciorul stâng (adică fenomenul stângăciei). Maturizarea zonelor de recepţie, din emisfera stângă, în măsura în care aceasta se caracterizează printr-o capacitate analitico-sintetică şi integrativă mai înaltă, duce, treptat, la modificarea raporturilor de dominanţă.

În acelaşi timp, trebuie menţionat că tulburările de organizare spaţială şi cele de lateralizare nu sunt totdeauna asociate; ele pot apărea şi separat. Când intervin tulburări ale organizării spaţiale, se perturbă percepţia literei şi cuvântului, iar prin lipsa de dominare a unei emisfere, se ajunge la „colaborări interemisferice", care generează conflicte de dominanţă (N. Toncescu, 1967, pag. 45-46).

2) desfăşurarea treptată a procesului de formare a mişcărilor voluntare obiectuale, instrumentale, de muncă şi de comunicare. Iniţial, activitatea copilului, de simplă manipulare a obiectelor din jur, este mai puţin controlată de adult şi mai puţin supusă anumitor scheme şi exigenţe. Ca urmare, în sfera motorie se impune, oarecum nestingherit, dominanţa de dreapta. Ulterior, însă, copilul fiind nevoit să treacă de la simple acţiuni de joacă la efectuarea unor operaţii instrumentale şi de muncă cu lucruri şi instrumente care reclamă folosirea preferenţială a mâinii drepte, se creează condiţiile necesare de restructurare a raporturilor funcţionale dintre mecanismele cerebrale pe baza principiului dominanţei emisferei stângi.

3) cristalizarea şi consolidarea progresivă a limbajului. După cum am arătat mai sus, limbajul este o funcţie esenţialmente lateralizată. Realizarea lui presupune participarea unor zone speciale ale cortexului cerebral, care, potrivit datelor citoarhitectonice, la majoritatea oamenilor se dispun în emisfera stângă. Dar, cum structurile limbajului oral se consolidează abia în jurul vârstei de 6 ani, iar ale celui scris încep a se constitui abia la vârsta de 6-7 ani

(după intrarea în şcoală), există o nouă condiţie care favorizează instalarea, în perioada copilăriei mici, a stângăciei. Şi numai pe măsura dezvoltării vorbirii, şi îndeosebi a însuşirii scrisului, fiind tot mai mult solicitate mecanismele din emisfera stângă, proporţia stângacilor începe să se reducă. Unii autori consideră că dezvoltarea limbajului ar fi chiar factorul principal al atenuării şi ştergerii semnelor stângăciei.

4) în sfârşit, la baza stângăciei stau şi cauze mai profunde, de ordin structural-congenital şi patologic. Datorită anumitor particularităţi ale organizării interacţiunii dintre zonele corticale, la unii indivizi rolul integrator, în realizarea limbajului şi sistemului mişcărilor voluntare, revine emisferei drepte. Aceasta poate fi o trăsătură transmisibilă ereditar. În acest caz, stângăcia se permanentizează. La copiii stângaci, investigaţi de noi, numai 6,9 % aveau antecedente de stângăcie în familie (părinţi, fraţi sau bunici stângaci). De aceea, putem presupune că la marea majoritate stângăcia este tranzitorie.

În ceea ce priveşte cauzele de ordin patologic, acestea pot fi multiple: traumatisme cerebrale, infecţii sau intoxicaţii, dereglări metabolice etc, care afectează într-o măsură mai mare emisfera stângă. În aceste cazuri, dominanţa emisferei drepte apare ca modalitate compensatorie şi, prin urmare, stângăcia devine statornică.

În condiţii normale de dezvoltare, stângăcia la copii reprezintă o fază tranzitorie, care se reduce treptat, pe măsura stabilirii şi consolidării raporturilor adecvate de subordonare dintre mecanismele integrative din cele două emisfere. Pe lângă maturizarea naturală a mecanismelor nervoase, atenuarea ei este condiţionată şi de procesul învăţării (în sfera percepţiei, motricităţii şi limbajului). Pentru organizarea optimă a acestui proces, se impune decelarea din timp a fenomenului stângăciei şi elucidarea prealabilă, cât mai exactă, a cauzelor reale care stau la baza fiecărui caz în parte.

Întrucât, aşa după cum rezultă dintr-o serie de cercetări experimentale (A. M. Fichot, Fr. Kocher, Cl. Launay, G. Arnold), lateralitatea de stânga poate constitui un factor frenator în dezvoltarea psiho-motorie generală a copilului şi mai cu seamă în elaborarea şi funcţionarea eficientă a structurilor limbajului, impunându-se încă din copilăria mică, adoptarea unei metodologii de influenţare a folosirii treptate a mâinii drepte în executarea diferitelor acţiuni, astfel încât să

contribuie la schimbarea dominanței emisferice (de la stânga la dreapta).

Cel mai frecvent apar tulburările limbajului, favorizate de stângăcie, sub forma dislaliilor și, în primul rând, a sigmatismelor și rotacismelor. În schimb, bâlbâiala exprimă cel mai bine caracterul tranzitoriu al stângăciei. Odată cu consolidarea dominanței emisferei stângi și trecerea copilului de la manifestările evidente ale stângăciei la folosirea mâinii drepte, se deschid posibilități sporite de ameliorare și corectare a bâlbâielii. Mai cu seamă, atunci când bâlbâiala este provocată, printre altele, și de conflictul creat de solicitarea insistentă a copilului stângaci de a folosi dreapta, fără a permite acestuia o perioadă de adaptare în timp.

În sfera limbajului scris, în general, situația se prezintă asemănător. La stângaci, procentul cazurilor de disgrafii (disortografii) sau de erori de scriere este semnificativ mai mare decât la dreptacii de aceeași vârstă (F. Schiller).

Unii autori sunt de părere că ceea ce contează în primul rând nu este stângăcia propriu-zisă, ci lateralizarea defectuoasă ce se manifestă printr-o lateralizare încrucișată sau care nu este bine fixată (J. Simon).

În legătură cu acestea, trebuie subliniat faptul că, în școală, fiind introdusă obligația de a scrie cu mâna dreaptă, se creează o situație conflictuală între cele două verigi executive: stângă, care în cazul dat este preferențială, și dreaptă, relativ slab consolidată. Astfel, schemele operaționale ale mâinii stângi, integrate la nivelul emisferei drepte, posedă un prag mai scăzut de reactualizare (declanșare) și o intensitate mai ridicată (căile de transmisie și de legătură fiind „bătătorite"); în mod firesc, acestea frânează procesul de elaborare a schemelor mișcărilor grafice pentru mâna dreaptă. Fenomenul își găsește expresia în apariția, la stângacii care învață să scrie cu mâna dreaptă, a unor erori tipice: deformări ale literelor, scris ca în oglindă și inversări ale succesiunii literelor în cuvinte, dublări, neregularități dimensionale (mărimea literelor, intervalele dintre ele), devieri labile ale unghiului de înclinație în succesiunea literelor etc. La aceste erori de ordin periferic, executiv, se adaugă o altă serie, care ține de modul de organizare, în plan intern, a elementelor componente ale cuvintelor. Aici intră, îndeosebi, omisiunile, substituirile (înlocuirile), interpozițiile și fuziunile (contopirile) de cuvinte. Omisiunile pot afecta oricare din sunetele (și corespunzător, literele) dintr-un cuvânt. Totusi, cel mai frecvent se extind asupra sunetelor finale

(terminațiilor), asupra diftongilor și triftongilor (ea, oa, eau, iai etc). Ele apar într-o propoziție însemnată, mai ales la grupările bi- și triconsonantice, ca de pildă: mn, cr, șt, ltf, ltm, str.

La rândul lor, substituirile pot fi de cele mai variate tipuri. Cel mai frecvent, noi am întâlnit următoarele:

C↔g, f↔v, ș→z, s→z, t↔d, m→ n, e→ i, b→p, ghe→ge sau gi, ci→gi, sau ți, ce→ci, i↔î, ă↔a, ș→j, l→r etc.

Metatezele apar, de asemenea, într-o propoziție semnificativă. Ca și substituirile, ele nu au un caracter exclusiv, putând fi întâlnite în oricare cuvânt. Dacă ar fi totuși să le dăm o anumită ierarhizare, în funcție de ponderea pe care o au în diferite familii de cuvinte, atunci am putea afirma că frecvența cea mai mare o înregistrează în cuvintele polisilabice care conțin grupuri compacte de consoane și vocale.

În sfârșit, contopirile au un procent mai mic decât celelalte categorii de erori menționate mai sus.

Orton este de părere că scrisul în oglindă, ce apare în urma cititului în oglindă și care se poate datora lipsei de afirmare a dominanței unei emisfere cerebrale, determină un grafism, fie prin inversarea literelor, fie prin menținerea lor obișnuită, dar se scrie de la dreapta la stânga.

Așadar, constatăm că stângăcia generează o seamă de dificultăți în formarea structurii limbajului scris. Acestea reclamă o preocupare specială din partea învățătorilor pentru copiii stângaci. În primul rând, încă la intrarea în școală (în clasa I), se impune necesitatea depistării și luării lor în evidență. În acest scop, în afară de discuțiile cu părinții și cu copiii înșiși, este necesară aplicarea, individual, a unor probe speciale, de genul celor indicate de noi pentru a determina gradul de extensiune a stângăciei și de a dezvălui semnele ascunse, mascate ale ei. Apoi, în funcție de rezultatele acestei investigații diagnostice, urmează elaborarea unui program adecvat de învățare și redresare, atât în sfera recepției, cât și în cea a execuției (motricității). Copiii cu o stângăcie foarte accentuată, care prezintă tulburări severe de vorbire, trebuie neapărat supuși unui tratament logopedic calificat. În cazul lor, nu este recomandabilă insistența de a învăța să scrie cu mâna dreaptă. Aceasta nu face decât să creeze complicații suplimentare și să agraveze tulburările limbajului. Observațiile noastre arată că revenirea acestor copii de la scrierea cu mâna dreaptă la scrierea cu mâna stângă duce la o optimizare considerabilă a procesului de elaborare a deprinderii scrisului. La copiii cu o stângăcie ușoară și de natură tranzitorie, dimpotrivă, este

contraindicată scrierea cu mâna stângă. Ei trebuie, încă de la început, deprinşi să scrie cu mână dreaptă. Dar, pentru ca progresul să nu fie stânjenit şi să se asigure o consolidare deplină a schemelor mişcărilor grafice şi a modelelor lor interne, este necesar să se asigure comutarea integrală a preferinţei manuale, de la stânga la dreapta. Aceasta presupune ca nu numai la lecţiile de învăţare a scrisului, ci în toate celelalte activităţi, copilul trebuie să fie ajutat să se folosească de mâna dreaptă şi de piciorul drept, ca verigi executive dominante: mâna stângă şi piciorul stâng urmând să treacă pe poziţie de verigi auxiliare, subordonate. Organizarea pe toate planurile a activităţii de învăţare şi transfer de dominanţă, desfăşurarea ei pe baza unor exerciţii sistematice şi complete (cuprinzând întreaga gamă a tipurilor de mişcări voluntare: de la simplele mişcări gestuale şi indicatoare până la complexele operaţii instrumentale) reprezintă condiţia fundamentală pentru asimilarea corespunzătoare a actului scrierii şi pentru consolidarea structurilor interne ale limbajului, în general.

Trebuie avut în vedere că multe din tulburările limbajului apar, la stângaci, odată cu intrarea în şcoală, ca urmare a conflictului ce se creează între stângăcie, care predomină, şi solicitarea insistentă în a folosi mâna dreaptă. În situaţii mai grave, acest conflict poate genera nu numai tulburări ale limbajului, dar şi tulburări ale comportamentului, în general.

Faţă de aceşti copii, se impune o atenţie cu totul specială. În primul rând, este necesară corectarea tulburărilor de limbaj, îndată ce ele se manifestă, pentru a nu permite fixarea şi consolidarea lor şi crearea la copil a unei stări negativiste faţă de actul vorbirii. În felul acesta, se înlătură o serie de obstacole care ar putea duce nu numai la tulburări ale comportamentului, ci şi la serioase rămâneri în urmă la învăţătură.

După cum s-a văzut, noi am analizat tulburările specifice disgrafiei şi dislexiei şi numai în treacăt am pomenit de cele de tip agrafic sau alexic. Acest fapt este justificat, dacă avem în vedere că agrafia şi alexia nu sunt tulburări de sine stătătoare, la indivizii cu intelect normal dezvoltat. Dar ele sunt caracteristice în sindroamele afazice, în unele forme de disartrie şi în deficienţele grave ale intelectului (fig. 34,35).

Fig. 34. Scrisul copiat al unui elev în vârstă de 12 ani, din şcoala specială (după patru ani de şcolarizare).

Fig. 35.Scrisul aceluiaşi elev, la proba de dictare

De asemenea, ele merită o atenție specială în tulburările patologice sau în leziunile encefalului. Pe toate acestea le vom analiza, atunci când vom vorbi despre deficiențele respective. Pe de altă parte, incapacitatea totală manifestată de unii subiecți de a învăța citit-scrisul, în condițiile unei instrucții normale, determină, în plan psihocomportamental, afecțiuni specific agrafiei-alexiei. În fapt, majoritatea manifestărilor agrafiei și alexiei sunt, din punct de vedere formal, asemănătoare celor de tip dislexic și disgrafic, numai că sunt mult mai profunde, mai extinse și mai complexe. Așadar, agrafia și alexia le concepem ca manifestări tipice, asociate cu alte dereglări sau care apar pe fondul unor deficiențe generale, cu o etiologie complexă neurologică, morfologică, structurală și funcțională.
Dacă am manifestat serioase rezerve cu privire la unii reprezentanți ai teoriei neurologice, care afirmă existența unor relații singulare și univoce între tulburările citit-scrisului și dereglările de structură ale creierului, aceeași rezervă o adoptăm și față de negarea oricărui deficit neurologic sau intelectual în dislexie-disgrafie. Din acest ultim punct de vedere, afirmația lui J de Ajuriaguerra și colaboratorii nu este întemeiată, pentru că limitează fenomenul la o singură categorie de deficienți. „Un copil este disgrafic atunci când calitatea scrisului său este deficitară, fără ca această lacună să poată fi explicată de vreun deficit neurologic sau intelectual. Este, deci, vorba de copii normali, din punct de vedere intelectual, care vin să fie consultați pentru scrisul lor ilizibil sau prea lent; aceste dificultăți stânjenesc, adesea, înaintarea normală a școlarității lor"(1980, pag. 215).

După cum vom vedea în continuare, tulburările citit-scrisului la deficienții de intelect, la nevăzătorii care scriu în Braille, ca și în cazurile subiecților cu dereglări neurologice și patologice, se manifestă în forme specifice, dar și asemănătoare celor descrise în acest capitol, adică la cei cu normalitate psihosenzorială.

Caŗ

EVOLUŢIE ŞI SI
TULBURĂRILE SCR
HANDICAPURIL(

1. Specificul dislexo-ɑ
d

Limitarea percepţiei v
optice la nevăzători influenţe
imagini, a obiectelor şi fen
acelaşi timp, formarea şi actu
obiectelor percepute în trecut,
lipsei de integritate a analizatc
nevăzătorii congenital, imag
proceselor senzoriale auditive
iar calitatea acestora depinde (
ca şi de modul de organiz
dominantă, informaţia primită
este influenţată de reprezentăı
survenită. Dacă orbirea a surv
se pot şterge sau pot dispărea
şi exercită o influenţă perma
analizatorii rămaşi sănătoşi,
imaginilor despre realitatea î
nevăzători, percepţia tactil-ki

·logice
atunci
parte,
. citit-
ı plan
fapt,
vedere
ă sunt
afia şi
ıri sau
ıplexă

anţi ai
are şi
ră ale
deficit
punct
ı este
rie de
ui său
vreun
rmali,
:crisul
desea,

:isului
ı şi în
e, se
ise în

Capitolul XII

EVOLUȚIE ŞI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE SCRIS -CITITULUI PE FONDUL HANDICAPURILOR PSIHOSENZORIALE

1. Specificul dislexo-disgrafiei în Braille, la deficienții de vedere

Limitarea percepției vizuale la ambliopi şi lipsa informației optice la nevăzători influențează negativ reflectarea, sub formă de imagini, a obiectelor şi fenomenelor realităţii înconjurătoare. În acelaşi timp, formarea şi actualizarea reprezentărilor, ca imagini ale obiectelor percepute în trecut, devine un proces anevoios, ca urmare a lipsei de integritate a analizatorilor. În lipsa văzului, mai cu seamă la nevăzătorii congenital, imaginile mintale se formează pe baza proceselor senzoriale auditive, olfactive, gustative, tactil-kinestezice, iar calitatea acestora depinde de experiența de viață a handicapatului, ca şi de modul de organizare a întregii structuri psihice. Deşi dominantă, informația primită pe cale tactil-kinestezică şi auditivă, este influențată de reprezentările vizuale la nevăzătorii cu deficiență survenită. Dacă orbirea a survenit în copilărie, reprezentările vizuale se pot şterge sau pot dispărea cu timpul, dar, prin exersare, se mențin şi exercită o influență permanentă asupra percepției realizate prin analizatorii rămaşi sănătoşi, fapt care influențează asupra formării imaginilor despre realitatea înconjurătoare. Trebuie subliniat că la nevăzători, percepția tactil-kinestezică, joacă un rol fundamental în

formarea reprezentărilor şi în organizarea lor ca imagini unitare ale obiectelor şi fenomenelor. Astfel, percepţia tactil-kinestezică se înscrie ca factor hotărâtor în compensarea deficienţei de vedere. Chiar şi în ambliopie, recunoaşterea obiectului nu se reduce numai la investigarea sa pe cale vizuală, ci şi pe cea tactil-kinestezică, pentru că există tendinţa de înlocuire a explorării vizuale cu o formă de aferentaţie mai eficientă. (M. Ştefan, 1981, pag. 26).

Pe de altă parte, caracteristicile percepţiilor şi reprezentărilor la nevăzători pot determina un decalaj evident între volumul informaţiilor primite pe cale senzorială, prin care se cunoaşte latura concret intuitivă a fenomenelor şi cele primite pe cale verbală, în care domină cunoştinţele abstract-generalizatoare. Acest decalaj are repercusiuni nu numai asupra proceselor psihice senzoriale, dar şi asupra dezvoltării celor superioare. Astfel, numai prin dezvoltarea reprezentărilor şi percepţiilor tactil-kinestezice, în vederea cuprinderii unor informaţii cât mai complete, se poate stabili un raport adecvat între acestea şi nivelul vocabularului, în special, şi al vorbirii, în general. În fapt, şi specificul proceselor psihice superioare, cum ar fi memoria, imaginaţia, determină o limitare a experienţei concret-intuitive, deoarece cunoaşterea senzorială nu este suficient stimulată şi motivată. Efortul nevăzătorului este centrat pe exersarea şi dezvoltarea proceselor mnezice ce reunifică, în ultimă instanţă, adaptarea biologică. Dar condiţia esenţială a funcţionării optime a cunoaşterii atât pe cale senzorială, cât şi prin intermediul proceselor cognitive superioare, este dezvoltarea maximală a atenţiei şi a calităţilor sale. Însăşi deficienţa implică o solicitare şi o exersare permanentă a atenţiei nevăzătorului în desfăşurarea oricărei forme de activitate. Aşa spre exemplu, în scrierea şi, mai ales, în citirea Braille, atenţia nevăzătorului este complex solicitată, deoarece perceperea pe cale tactil-kinestezică a punctelor izolate are semnificaţie numai dacă sunt cuprinse, simultan, în câmpul atenţiei. Tocmai datorită exerciţiului, K. Bürklen constată, experimental, la un grup de elevi, că prin citirea prelungită nu se înregistrează o creştere semnificativă a gradului de oboseală, iar H. Wappmann a evidenţiat capacitatea de concentrare şi stabilitate a atenţiei nevăzătorului într-un experiment ce viza menţinerea, cât mai mult timp, a orientării şi concentrării atenţiei.

Capacitatea vizuală, în ansamblu, este supusă procesului perfecţionării, în care factorul psihologic joacă rolul fundamental. Chiar şi metodele care vizează determinarea capacităţii vizuale, cum este metoda orto-psihopedagogică, iau în considerate componenta

psihică, ceea ce-i face pe unii autori să afirme că prin măsurarea capacității vizuale se ajunge implicit la evaluarea nivelului mintal (G. Carlevaro, H. Quillom). Dezvoltarea capacității vizuale, şi odată cu aceasta a funcțiilor psihice ale deficienților, se poate realiza prin exerciții de identificare a unui număr cât mai mare de obiecte în condiții variate.

Dată fiind deficiența de vedere, care limitează accesul la informațiile senzoriale, rolul limbajului capătă o importanță deosebită, întrucât prin el se realizează un contact complex cu lumea înconjurătoare. În aceste condiții, limbajul devine modalitate instrumentală de compensare prin influența pozitivă asupra dezvoltării activității psihice, în general, şi contribuie la recuperarea naturală prin acțiunea favorabilă asupra subsistemului psihic aflat în stare critică. Ca atare, o atenție deosebită trebuie acordată formării şi dezvoltării vorbirii, deoarece lipsa vederii şi imposibilitatea de a imita vizual mişcările fonoarticulatorii ale aparatului de emisie determină menținerea unui număr mare de handicapuri de vorbire şi, în special, cele de pronunție-articulație, manifestate sub forma dislaliilor şi a rinolaliilor.

În vederea recuperării funcțiilor pierdute, se elaborează sisteme active, prin care funcțiile sănătoase preiau în mod adaptativ o serie de comportamente care asigură echilibrarea corespunzătoare dintre organism şi mediu. „Cu tot specificul recuperării funcțiilor, în comparație cu dezvoltarea acestora, ambele procese exprimă, în egală măsură, structura lor de sistem. Acest din urmă fapt face posibilă atât compensarea, bazată pe înlocuirea elementului care a suferit direct (aşa numita compensare intrasistemică), cât şi adaptarea funcțiilor noi la sarcini; de aceea, nu este o întâmplare că se acordă, actualmente, o importanță mult mai mare noțiunii de compensare, dat fiind că succesele obținute în studiul mecanismelor compensării au arătat că nu există nici o deosebire, de principiu, între restructurarea funcțiunilor în condiții patologice şi în condiții normale" (A. N. Leontiev, 1963, pag 36). O astfel de compensare se evidențiază, la nevăzător, şi în faza de automatizare a citirii, ca urmare a intervenției fenomenului anticipării, datorită căreia, prin perceperea unui singur semn, se produce declanşarea succesiunii sensului logic al semnelor următoare, ceea ce contribuie la o mai bună înțelegere a conținutului textului (D. Damaschin, 1973).

Unii autori sunt de părere că înţelegerea textului şi chiar performanţele în lectură depind, predominant, de motivaţie şi de calitatea factorilor cognitivi (V. Preda, 1988, pag. 63).

Odată cu însuşirea citit-scrisului în Braille, posibilităţile de dezvoltare a limbajului se diversifică şi contribuie la realizarea unui sistem unitar de reprezentări, iar imaginea tiflografică permite o legătură nemijlocită între cuvânt şi imaginea concretă a obiectului, ceea ce duce la conceptualizarea corectă a acţiunii. ***La realizarea citit-scrisului în Braille, ca reprezentare punctiformă în relief, participă patru analizatori de bază : auditiv, verbokinestezic, tactil şi kinestezic. Prin intermediul analizatorului auditiv, se realizează discriminarea fonetică şi învăţarea emiterii corecte a sunetelor, iar prin cel verbokinestezic se ajunge la descompunerea cuvântului în foneme şi comprehensiunea lui ca unitate semantică, ceea ce permite să se transpună în scris, sub formă de grafeme, cu ajutorul analizatorilor tactil şi kinestezic. În actul citit-scrisului, funcţionarea analizatorilor este unitară, dar în perioada formării deprinderilor are loc o dominare temporară a unuia din aceştia şi se pare, de cele mai multe ori, a celui auditiv.***

Organizarea sistemului Braille, ca şi derivarea ultimelor trei decade din prima decadă, conferă un specific aparte învăţării citit-scrisului, care se deosebeşte de citit-scrisul în alb-negru. La aceasta, se adaugă faptul că grafemul scris nu coincide cu litera citită pentru că ultima este inversa imaginii percepute în scris. Astfel, grafemul în Braille este reprodus pe partea opusă a foii de scris (înţepate) şi, ca atare, direcţia de scriere este de la dreapta spre stânga, iar a citirii este de la stânga spre dreapta, ca urmare a întoarcerii foii. Prin combinarea celor şase puncte, ce se dispun câte trei pe coloane paralele, rezultă efectul motor al grafemelor (pe partea înţepată a foii şi imaginea tactilă a grafemelor, pe foaia întoarsă pentru citire). Spre deosebire de scrierea alb-negru, scrisul în Braille se realizează vertical şi discontinuu, fapt ce determină o reducere a vitezei, pentru că trecerea punctatorului, dintr-o căsuţă în alta, imprimă mişcării un caracter întrerupt. Mişcările mâinii stângi, care urmează şi controlează înţepăturile executate de mâna dreaptă şi întoarcerea, pentru identificarea rândului următor, pentru fixarea mâinii drepte, determină o reducere şi mai mare a timpului de scris. Dar şi citirea în Braille are, de regulă, un ritm mai lent, deoarece prin analizatorii tactil şi kinestezic nu se poate realiza o imagine atât de sintetică, de unitară cum se realizează prin analizatorul vizual. În acelaşi timp, pentru citire

(viteză şi corectitudine) trebuie luaţi în consideraţie, pe lângă calitatea abilităţii-deprinderii, nivelul sensibilităţii tactil-kinestezice, mărimea reliefului, materialul pe care este scris textul, temperatura etc.

Date fiind aceste dificultăţi caracteristice pentru însuşirea scris-cititului în Braille, am constatat o gamă mult mai variată de greşeli ce se înscriu în categoria tulburărilor lexico-grafice la nevăzători, în comparaţie cu văzătorii care scriu şi citesc în alb-negru. În timp ce literatura de specialitate conţine numeroase referiri la tulburările lexico-grafice în scrierea obişnuită, pentru citit-scrisul în Braille nu am găsit studii sistematice care să vizeze tipurile de greşeli ale nevăzătorilor. În speranţa de a suplini aceste lacune, împreună cu G. Anastasiu (1973), am întreprins un studiu experimental, menit să surprindă formele disgrafice la nevăzători. Datele obţinute şi observaţiile efectuate ne-au permis, pe de o parte, să efectuăm comparaţii cu manifestările disgrafice apărute în alb-negru la văzători, iar pe de altă parte, să adoptăm unele principii metodologice ce vizează înlăturarea dificultăţilor respective.

Pentru a surprinde greşelile tipice în scrierea Braille, noi am dat elevilor nevăzători o compunere liberă (tema la alegere), o dictare care conţinea şi unii diftongi şi triftongi şi în fine, am prelucrat materialul dintr-o serie de caiete pentru dictare şi compunere. Au fost supuşi investigaţiei un număr de 50 de elevi din clasele anilor III, IV şi V ale şcolii profesionale speciale, echivalente cu clasele a VI-a, a VII-a şi a VIII-a ale şcolii generale, iar unele constatări se referă şi la alţi elevi, urmăriţi cu ocazia asistenţelor la clasă. Am ales aceste clase deoarece la vârstele respective, scrisul în Braille este bine stăpânit, automatizat. În urma analizei materialului faptic, au rezultat următoarele tipuri de greşeli, care au o frecvenţă mai mare:

1. **Omisiuni de litere şi silabe**. Cele cu o frecvenţă mai mare sunt: i, s, a, t, m, r, o, u, î, ao, ea, n. Se ştie că şi în scrierea alb-negru apar asemenea omisiuni; grafemele a şi i au, în special, o frecvenţă mai mare. În Braille, ca de altfel şi în scrierea obişnuită, omisiunile respective nu apar ca urmare a nestăpânirii scrisului (stăpânirea a fost verificată pe altă cale); ele au la bază alte cauze, pe care le-am analizat în capitolul respectiv şi care sunt valabile şi pentru disgrafia celor care scriu în sistemul Braille;

2. **Omisiuni de cuvinte, propoziţii şi sintagme**. Ca o caracteristică, omisiunile de cuvinte, propoziţii şi sintagme apar mai des spre sfârşitul compunerii şi al dictării, în urma apariţiei oboselii. În scrierea obişnuită, un asemenea tip de greşeală apare rar şi

întâmplător. În scrierea Braille, omisiunile de acest fel apar cu o anumită constanță, mai ales atunci când scrierea nu este bine stăpânită. O altă cauză o poate constitui şi faptul că ideile, gândurile subiectului au o desfăşurare mai rapidă, în unele cazuri, în comparație cu posibilitățile sale de transpunere în scris;

3. **Contopiri de cuvinte.** Se constată că frecvența contopirilor de cuvinte este mai mare în dictări față de compuneri. Contopirile nu se datorează faptului că subiectul aude un singur cuvânt sau că nu aude două cuvinte distincte, ci mai degrabă fenomenului de perseverare şi neatenției în trecerea cu punctatorul peste căsuța care indică spațiul liber dintre cuvinte. Şi timpul limitat, impus în dictări, poate fi un factor favorizant al acestor tipuri de greşeli. Spre exemplu: *vineacasă, zăpadăcopii, nicicare, acivilizației, pauzaurmătoare, unasemenea, oluau, zăpadăpe, lecțiipentru* etc.

4. **Substituiri de grafeme.** Acest fenomen apare foarte frecvent în scrierea Braille. De altfel, el are o frecvență mare şi în scrierea obişnuită. Cele mai dese substituiri sunt: u substituit cu ă (cănoaşte), i cu e, o cu u, o cu e, e cu i (dici), ă cu u (lumpi), x cu g (egmatriculat), t cu s (trecus), p cu m, l cu r, s cu z, a cu o (oparte), f cu p (prig), m cu c, v cu u, ă cu e, l cu b, s cu c, g cu f, u cu e, p cu f, oa cu z, ş cu r, r cu z, b cu a, s cu p, s cu i, c cu m, f cu d, z cu s, z cu z întors, i cu f, cu ă, m cb, j cu un semn necunoscut, n cu q, iar z devine frecvent u în fața lui i.

Semnalăm faptul că substituirile subliniate au o frecvență mare şi în scrierea obişnuită. În scrierea Braille, înlocuirile se datorează diferențelor mici dintre forma (punctată) a unui grafem în comparație cu altul, a formei asemănătoare (simetriei) între dispoziția punctelor din stânga față de cele din dreapta sau a simetriei de sus față de jos. Pe de altă parte, unele substituiri rezultă din nepunctarea fermă (clară) sau sigură, ceea ce face ca la citire să se perceapă un alt grafem decât cel corespunzător. Dacă în scrierea alb-negru unii autori explică, aşa cum am văzut, tulburările limbajului scris (ca de altfel şi cele ale cititului) pe baza unor afecțiuni corticale ale văzului, în Braille, componenta vizuală nu este suficientă pentru a explica fenomenele de disgrafie. De fapt, neputința de a explica disgrafia, în scrierea Braille, pe baza unor tulburări vizuale, ne face să credem că rolul dereglărilor de văz a fost exagerat la disgraficul văzător. Un argument în plus îl constituie şi faptul că numai la unii indivizi, care au tulburări vizuale, apar tulburări ale limbajului scris. Sunt mulți copii ambliopi care

ajung să stăpânească scrisul şi cititul la fel de bine ca şi cei fără deficienţe de vedere.

Comparativ cu fenomenele de substituire, întâlnite la disgraficul care scrie în alb-negru, la nevăzătorii care scriu în Braille, aceste fenomene au un caracter mai pronunţat, deoarece confundarea grafemelor în scrierea Braille este mai evidentă şi mai variată, pe de o parte, iar pe de altă parte, coordonarea acustico-vizuală-kinestezică se reduce la componenta acustico-kinestezică – ceea ce duce la diminuarea posibilităţilor de transpunere grafică, semantică şi lexică a ideilor transmise şi a gândurilor proprii. Credem că aprofundarea cercetărilor în această direcţie ar putea conduce la surprinderea acelor reguli care determină substituirea ca fenomen constant de disgrafie.

5. **Substituiri şi deformări de cuvinte.** Acest fenomen are, de asemenea, o frecvenţă mare la disgraficii în scrierea Braille. Majoritatea acestor fenomene se produc pe bază de asimilare şi prin scrierea cuvintelor la plural, când sunt dictate la singular şi invers, scrierea la singular, când dictarea se face la plural. Citām câteva exemple din compunerile şi dictările elevilor: televizate = televiziune, peornesc = pornesc, filfilizaţia = civilizaţia, petrul = petrol, zumană = umană, aspilatoare = aspiratoare, electricitarea = electricitate, egzista=exista, oamenii= oameni, iubeau= iubea, tot=toţi, haine = hainele etc.

6. **Adăugiri de grafeme şi cuvinte**. Aici se poate surprinde o anumită regulă şi anume, adăugarea frecventă a unor grafeme la sfârşitul cuvântului, atunci când acestea se găsesc şi în cuvântul următor, de preferinţă la începutul cuvântului următor. Un astfel de exemplu îl constituie frecvenţa mare în adăugarea grafemului a. Des sunt adăugate şi t întors, l, i, b, p etc. Dintre aceste grafeme, a, l şi i sunt adăugate, frecvent, şi la disgraficul în scrierea alb-negru. Pe de altă parte, apar repetiţii ale unor silabe în interiorul cuvântului (plăngegeau), repetarea unor cuvinte fără sens, repetarea unor silabe în diverse împrejurări (îi), repetarea unor cuvinte (bine, la) şi, în fine, repetarea ultimelor silabe.

7. **Înlocuirea unor cuvinte sau comprimarea lor**. Acest fenomen este întâlnit mai rar şi nu totdeauna duce la schimbarea sensului frazei, mai cu seamă dacă se are în vedere contextul general al compunerii sau al dictării (învăţătoare în loc de profesoară şi invers, sau soară în loc de profesoară).

8. **Disortografii**. Apar multe dezacorduri gramaticale, omisiuni ale semnelor gramaticale: puncte, virgule, semnul exclamării, al mirării, lipsa literei mari la început de propoziție.

9. **Rânduri lăsate libere sau suprapuse**. Spații goale între rânduri apar atunci când este mutat punctatorul pe un nou spațiu, înainte de a realiza o coordonare perfectă a spațiului următor de către mâna stângă, care îndeplinește rolul de control. Rândurile suprapuse sau încălecate apar tot din cauza slabei coordonări dintre mâna stângă, care îndeplinește rolul de control, și cea dreaptă, de execuție. Existența acestui fenomen duce la îngreunarea citirii, la scăderea ritmului și chiar la slaba înțelegere a conținutului.

10. **Nesiguranță în scriere.** Acest fenomen apare, uneori, ca urmare a nestăpânirii deprinderii de scriere și se manifestă prin prezența unui text zdrențuit sau cu relief slab, ceea ce îl face ilizibil. Relieful slab apare mai frecvent spre sfârșitul compunerii sau al dictării, când se instalează oboseala. Scrisul zdrențuit apare și atunci când, în virtutea unei deprinderi vechi, elevul târăște punctatorul în căsuța plăcii în loc să-l ridice de la un punct la altul.

11. **Texte necoerente, ilogice.** Asemenea manifestări apar, în special, în compuneri la subiecții a căror disgrafie este mai accentuată sau care au și alte tulburări de limbaj, ca bâlbâială, dislalie etc. Compunerile respective se caracterizează prin aceea că dau impresia incapacității copiilor de a lega logic elementele, acțiunile conținute în povestiri, fapt care face ca acestea să fie aride și deseori cu semnificații ambigue. La copiii cu o disgrafie ușoară, se manifestă preocuparea pentru redarea logică a acțiunilor cu motivații cauzale. Ca atare, compunerea devine mai închegată și apare evident conștientizarea sistemelor de asociații ce se stabilesc pe plan mintal între elementele conținute, prin evidențierea dinamismului și plauzibilității lor.

Pentru citire, greșelile de tip dislexic le putem grupa astfel: repetarea cuvântului, înlocuirea cuvântului mai frecvent cu un alt cuvânt apropiat ca sens și semnificație, înlocuirea cuvântului cu grupuri de sunete cu sens sau chiar fără sens, omisiunea literelor, a silabelor și a cuvântului, adăugarea de litere și cuvinte, pronunțarea defectuoasă a literelor și a cuvintelor (mai cu seamă, la cei care au și dislalie), nerespecterea intonației și accentului, silabisirea, sărirea ori repetarea intonației și a accentului, silabisirea, sărirea ori repetarea rândurilor etc.

De cele mai multe ori, repetarea cuvântului se datorează faptului că dislexicii nu realizează înțelegerea completă a textului, iar viteza redusă în citire nu creează ideea de continuitate, şi atunci se simte nevoia reîntoarcerii atât pentru înțelegere, cât şi pentru a facilita cursivitatea citirii. Persistența, în timp, a unor astfel de greşeli duce la instalarea unor deprinderi deficitare ce se pot manifesta şi după perfecţionarea abilităţilor în citire şi când textul nu prezintă dificultăţi deosebite pentru înțelegere. În plus, un asemenea fenomen poate fi favorizat şi de mişcările incorecte ale mâinii, mai cu seamă la întoarcerea şi citirea rândului următor, şi care fac posibilă repetarea perceptivă a aceluiaşi semn grafic. Dacă stăpânirea citirii nu este bine realizată, atunci repetarea cuvântului, şi chiar înlocuirea lui, este favorizată de tendința subiectului de a ghici cuvântul şi îndată ce îşi dă seama rămâne asupra lui, încercând să se corecteze. Şi silabisirea, ca şi înlocuirea cuvântului, au la bază lipsa de exercițiu şi formarea unor deprinderi greşite în stăpânirea cititului. Caracteristica analizatorului tactil de a cuprinde un număr mai mic de impulsuri, spre deosebire de cel vizual, favorizează şi el citirea silabisită şi perceperea disparată a sintagmelor, ceea ce explică varietatea fenomenelor descrise mai sus.

Omisiunile au o frecvență mai mare, ca şi în scris, spre sfârşitul rândului şi sunt fie urmare a oboselii, fie a tendinței de a realiza o citire mai rapidă. Dar şi într-un caz şi în altul se produce o coordonare defectuoasă între cele două mâini. Fenomenele de omisiune se accentuează şi devin mai frecvente când relieful nu este bine perceput sau când slaba igienă a mâinii (policelor degetelor), ori temperatura scăzută determină o reducere a sensibilității tactile.

În anumite situații, şi adăugirile au la bază aceşti factori. Perceperea succesivă a literelor, impusă de simțul tactil, creează un anumit interval de timp între realizarea imaginii mintale pentru unitățile percepute şi permite strecurarea unor cuvinte care, pot fi considerate parazite, chiar dacă ele nu alterează înțelegerea textului, dar care, auditiv, sunt percepute neplăcut. Adăugirile sunt favorizate şi de asociațiile verbale, sugerate de textul parcurs ori de reactualizarea unor expresii întâlnite anterior de către subiect şi verbalizate în timpul citirii.

Problemele de intonație şi de accent, care sunt deseori deficitare şi la cititorii văzători, sunt mai frecvente în Braille, deoarece simțul tactil nu poate cuprinde, global, ansamblul rândului de citit şi, ca atare, semnul de punctuație este perceput la un anumit interval de timp după citirea cuvântului. Prin prezența tulburărilor de pronunție,

în citirea literelor, se creează dificultăți și mai mari în respectarea corectă a intonației și a accentului, întrucât subiectul este centrat și preocupat de evitarea greșelilor.

La baza tulburărilor de citit-scris, în Braille, stau aceleași cauze ca și în scrierea și citirea în alb-negru, cu mențiunea că deficiențele de motricitate și cele de organizare spațio-temporală devin predominante în cele mai multe cazuri. Același rol însemnat îl joacă și formarea deprinderilor corecte lexico-grafice pentru că, mai mult decât la normali, la deficienții de vedere dificultățile generate de ele au implicații complexe, iar corectarea spontană se face cu mare dificultate. În afara unui sistem organizat de instrucție–educație, formarea și dezvoltarea abilităților lexico-grafice în Braille este extrem de dificilă.

Pentru a ilustra comportamentul dislexo-disgrafic, prezentăm trei cazuri care ni se par semnificative pentru cele subliniate anterior*. Cazurile respective au fost selectate dintr-un lot experimental de elevi cu dislexie-disgrafie, supus investigației pentru surprinderea caracteristicilor specifice ale tulburărilor lexico-grafice la nevăzători.

P. Dumitru, anul II de studii, în vârstă de 16 ani, dezlipire de retină posttraumatică, a terminat o clasă la școala de masă. Încearcă să citească cu mâna stângă, deși nu este stângaci. De la 9 ani (când a avut accidentul), rămâne acasă până la vârsta de 16 ani. Cele mai multe dificultăți pot fi explicate de diagnosticul de albinism și de dificultăți motorii, determinate de mișcări dreapta-stânga ale capului. Prezintă dezinteres pentru citire și, în general, pentru pregătirea școlară. În legătură cu meseria pe care urmează să și-o însușească la școală, nu manifestă o preferință specială și relatează că o va face pe aceea la care va fi îndrumat. Nu a putut citi decât cu mare greutate 2-3 cuvinte izolate, silabisindu-le de câteva ori. În cazul altor cuvinte, a literalizat succesiv, fără a le putea unifica într-un cuvânt. Face încercări de a citi și depune mare efort în identificarea literelor. Încearcă să ghicească cuvintele, dar de cele mai multe ori nu reușește. Este comunicativ. Prezintă ticuri verbale frecvente, cum sunt „așa", „da". În ceea ce privește scrierea, din textul dictat, care cuprindea 73 de cuvinte (însumând 278 grafeme), a scris corect 13 cuvinte (ceea ce reprezintă 17,8% din text), însumând 30 de grafeme (adică 10,8 % din textul

* Exprimăm mulțumiri prof. Gheorghe Enache, care ne-a pus la dispoziție cazurile respective și care au fost analizate de el cu ocazia realizării lucrării de licență, sub conducerea noastră științifică.

dictat). Din aceste 13 cuvinte, 11 sunt monosilabice (şi, de, pe, meu, că, nu, le, pot), iar două sunt bisilabice (care, capul). Dintre principalele tipuri de greşeli ce au fost depistate, enumerăm pe următoarele: 1. substituirea vocalelor: ă/e (de 5 ori), i/e (venet), e/ă (de 3 ori), oa/u (cunoaşte); 2. substituirea vocală / consoană: ă/h (iach), î/h (hncepeţi, hmpăratul); 3. adăugarea vocalei: a în interiorul cuvântului, i la sfârşitul cuvântului (fii, suferii); 4. omisiunea consoanei finale s (sco); 5. adăugarea consoanei h în interiorul cuvântului (de 5 ori, în special după consoana c: chrăbăni, dach, chnoaşte) sau la finele cuvântului; de asemenea, după consoana c (duch, pregătesch); 6. omisiunea a 8 cuvinte: albi, peri, vei, de tine etc; 7. adăugarea conjuncţiei şoi; 8. repetarea cuvintelor (de 5 ori). Metateza, foarte rar întâlnită în scrierea Braille, apare aici la cuvântul hai, redat grafic ahi. În acelaşi timp, se manifestă tendinţa de prescurtare a cuvintelor şi contopirea lor. Astfel, sintagma "o vei ghici" apare grafic vag, asociată cu o metateză alcătuită din grafemele iniţiale ale celor trei cuvinte. Frecvent, este reprezentată şi contopirea cuvintelor separate: să le, tu vino, după mine, va fi, vă mai, amea adevărată, casa mea că etc (în total 8). De asemenea, apare fragmentarea cuvintelor prin pauza grafică: ade/vărat, duce/ţi-vă, ve/nit, pregăte/sc, fe/ri/ce etc. În total, face 69 de greşeli de tip disgrafic.

A. Marilena, clasa a III-a, în vârstă de 12 ani, cu diagnosticul de atrofie optică. Se manifestă atât în clasă, cât şi în timpul liber, ca impulsivă, hiperemotivă, crispată şi dezordonată. Importante pentru citit-scris sunt tulburările de motricitate şi poziţia defectuoasă în bancă, ceea ce face ca spatele să fie puternic curbat, cu umerii ridicaţi, cu capul în piept şi cu braţele mult ridicate faţă de planul cărţii. Vorbirea este curgătoare, dar incorectă, atât în planul pronunţiei, cât şi în cel semantico-gramatical. Citeşte 20 de cuvinte în trei minute. Omite o frază; adaugă cuvinte, omite cuvinte. Nu leagă mai mult de două-trei cuvinte între ele. Face pauze lungi, pronunţă subvocal literele şi evită cuvintele lungi. La textul necunoscut încearcă să ghicească cuvintele, iar după câteva încercări se opreşte şi face comentarii în timpul cititului, de tipul „aşa", „am pierdut rândul", „aici nu înţeleg cuvântul".

În ceea ce priveşte scrierea elevei, se pot identifica 21 de semne grafice inexistente în alfabetul Braille românesc. Dintre celelalte dificultăţi, la dictarea dată, care a făcut în total 56 de greşeli, din care menţionăm: 1. substituirea vocalelor: u/o, i/e; 2. substituirea vocală/ consoană: n/x, t/n, d/c, n/l, v/r, s/x; 5. omisiuni ale

consoanelor; contopiri de cuvinte şi, în fine, 7. repetări de silabe (mai ales iniţiale).

P. Anton, anul V, în vârstă de 20 de ani, cu diagnosticul de atrofie optică. A făcut patru clase în şcoala de masă, dar a întrerupt după accentuarea deficienţei, când, de fapt, a survenit orbirea. La venirea în şcoala specială, a manifestat dificultăţi de adaptare, însoţite şi de un pronunţat negativism, ceea ce a determinat şi unele tulburări comportamentale. Treptat, a început să se împace cu noua sa situaţie şi s-a integrat bine în colectiv.

La efectuarea probelor de scris-citit, prezenta un prag diferenţial al sensibilităţii tactile de 2 mm.

La citire, elevul realizează viteze mici (în primul minut, citeşte 17 cuvinte, în al doilea, 24 de cuvinte, în al treilea, 9, iar în al patrulea, 25 de cuvinte), cu omisiuni, înlocuiri de cuvinte cu altele cu sens îndepărtat sau cu grupuri de cuvinte fără sens, rezultate din tendinţa de ghicire (personificare pentru personaj, insistemele pentru insistenţele, între pentru intervenind). Câteodată, sare unele rânduri şi nu respectă punctuaţia. Nu reuşeşte să citească cu intonaţie şi nu respectă accentul. Scrierea elevului este mai grav afectată decât citirea, având 120 de greşeli la un text de circa 160 de cuvinte. Predomină alterarea vocalismului (70 de greşeli), prin substituirea vocalelor (e/i, e/ă, u/o care apar rar) şi mai ales prin diftongarea vocalei e (care se transformă în ie) în interiorul sau la finele cuvântului (acest tip de greşeală apare de 43 de ori). Citirea şi vorbirea elevului nu înregistrează acest tip de greşeală, care altfel nu ar fi putut fi explicat decât prin influenţa pronunţiei dialectale sau neîngrijite (scrie, de exemplu, miezinul, aştiepta, miers, binie, pentru mezinul, aştepta, mers, bine etc.). Frecvent, manifestă fenomenul de omisiune vocalică (ă final ,a interior, i final, ă interior, a final, i interior şi mai ales, î interior). Apar, de asemenea, substituiri de consoane (r/l, v/f, d/g, t/q), omisiunea consoanelor finale sau interioare, contopirea cuvintelor separate (de 13 ori), omisiunea silabelor, folosirea nejustificată a semnului mirării în interiorul propoziţiei etc.

Tulburările citit-scrisului (în Braille), specifice deficienţilor de vedere, nu pot fi simplificate prin explicarea lor ca urmare a neconsolidării deprinderilor lexico-grafice, căci altfel ar fi trebuit să se manifeste la toţi elevii, sau măcar la marea majoritate. În aceeaşi ordine de idei, explicarea nu poate fi redusă la necunoaşterea regulilor de ortografie, de gramatică, de ortoepie, fără să mai vorbim de legile fonetice specifice limbii române. ***Analizând particularităţile citit-***

scrisului, ni se pare deosebit de plauzibil că, în principal, tulburările scrisului sunt cauzate de formele asemănătoare ale grafemelor, iar cele ale cititului, de proprietățile relativ limitate ale sensibilității tactil-kinestezice care nu reușește, în toate cazurile, să realizeze o diferențiere atât de fină încât să înlăture orice posibilitate de confuzie între poziția punctelor, cât și de forma de ansamblu a semnului ce semnifică o anumită literă. Dacă avem în vedere că aceste caracteristici de structură și organizare spațială pot fi influențate negativ și de alți factori (dispoziția subiectului, calitatea hârtiei, nivelul de însușire a citit-scrisului etc) ori de prezența și a altor cauze, care, nemijlocit, pot determina dislexo-disgrafia, ne dăm seama că fenomenele respective au o determinare și o etiologie complexă. O serie de greșeli de tip disgrafic și, respectiv, dislexic rezultă chiar din caracteristicile sistemului Braille, ca urmare a adăugirii, omisiunii și plasării greșite a punctelor la scris, ceea ce imprimă, automat, și citirea lor deficitară.

Adăugarea de puncte duce la substituirea grafemelor din aceeași decadă sau la substituirea din decada primară de către decadele derivate, precum și la substituirea grafemelor din decadele derivate între ele. Astfel, prin adăugarea unui punct, în interiorul decadei I, a devine b; este vorba de adăugarea punctului doi; a devine c, prin adăugarea punctului patru; b devine h, prin adăugarea punctului cinci etc. În sfârșit, la nivelul decadei a IV-a ă devine ș, prin adăugarea punctului cinci. Adăugarea unui punct duce la substituirea grafemelor din decada primară de către grafemele din toate decadele derivate: substituirea grafemelor primare de către grafeme din decada a doua: a plus punctul trei devine k; adăugarea a două puncte (fenomen mai rar) substituie pe c prin x sau e, prin adăugarea a două puncte, devine z (x și z fiind grafeme din decada a treia); adăugarea unui punct produce substituirea grafemului primar de grafeme din ultima decadă: e plus punctul șase devine ș; a plus punctul șase devine ă; i plus punctul șase devine ț; j plus punctul șase devine w. Grafemele din decada a doua sunt substituite de grafeme din decada a treia, prin adăugare de puncte: l plus punctul șase devine v; n plus punctul șase devine y; o plus punctul șase devine z. Grafemele din ultima decadă sunt substituite de grafeme din decada a treia, prin adăugare de puncte (sensul substituirii este , de astă dată, de la o decadă inferioară, către una superioară):ă plus punctul trei devine u; ș plus punctul trei devine z.

Omisiunea de puncte produce substituirea grafemelor din aceeași decadă între ele, sau a grafemelor din decade diferite. La

nivelul decadei primare, h minus punctul cinci duce la substituirea lui de către b; e minus punctul cinci duce la înlocuirea lui de către a. La nivelul decadei a II-a: p minus punctul unu se transformă în s; o devine k, prin omisiunea punctului doi. În decada a patra, î este transformat în ă, prin omiterea punctului patru.

Substituirile de grafeme din decade diferite, prin omisiunea de puncte au loc, în acest sens: de la decadele derivate spre decada primară sau între diferite decade derivate: omisiunea punctelor provoacă substituirea grafemelor din decada a II-a de către grafeme din decada primară : r minus punctul trei devine h; s minus punctul trei devine i; p minus punctul trei, devine f. Prin omisiunea de puncte, grafemele din decada a treia pot fi substituite de grafemele din decada I.(u devine ă, prin omisiunea punctelor trei şi şase; u devine c, prin omisiunea punctelor trei şi şase; z devine e, prin omisiunea punctelor trei şi şase) şi de grafeme din decada a doua, prin omisiunea punctului şase (z este înlocuit de o; v este înlocuit de l) sau de grafeme din decada a patra, prin omisiunea punctului trei (u devine ă prin omisiunea punctului trei; la fel x, devine î). Grafemele decadei a patra sunt înlocuite de grafeme din decada primară, prin omisiunea punctului şase: ă devine a (prin omisiunea punctului şase), î este înlocuit de c (prin omisiunea punctului şase), iar ş devine e (prin omisiunea punctului şase). Plasarea greşită a punctelor substituie grafemele din aceeaşi decadă, între ele, sau grafeme din decade diferite între ele. La nivelul decadei primare, c este înlocuit de e, prin plasarea greşită a punctului patru; f este înlocuit de h, prin plasarea greşită a punctului patru; în decada a doua, s este înlocuit de m, prin plasarea greşită a punctului doi, iar plasarea greşită a punctului unu, duce la înlocuirea inversă. În interiorul decadei a treia, v devine z, prin plasarea punctului doi în locul punctului cinci. În decada a patra, î este înlocuit de ş, prin plasarea greşită a punctului patru, iar plasarea greşită a punctului cinci, duce la înlocuirea inversă. În ceea ce priveşte înlocuirea grafemelor din decade diferite, prin plasarea greşită a punctelor, aceasta se produce astfel: literele din decada primară sunt înlocuite cu cele din decada a doua: f devine m, prin plasarea punctului doi în locul punctului trei, iar plasarea greşită a punctului doi duce la înlocuirea inversă.

De asemenea, literele din decada primară sunt înlocuite în acelaşi mod de grafeme din decada a patra: d este înlocuit de î, prin plasarea greşită a punctului cinci, iar plasarea greşită a punctului patru, în locul punctului şase, duce la înlocuirea lui d de către ş.

Grafemele din decada a doua sunt înlocuite prin plasarea greşită a punctului de către grafeme din decadele întâi, a treia, a patra: s/f, m/f (substituentul este din decada primară); r/v (v este substituent din decada a treia); s/ţ(substituentul este grafem din decada a patra). Grafemele din decada a treia sunt înlocuite, prin plasarea greşită a punctelor, de către grafeme din decadele a doua şi a patra: u/o (o-substituent din decada a doua), u/â (â este substituent din decada a patra). Grafemele din decada a patra sunt substituite, prin plasarea greşită a punctelor, de către grafeme din decadele întâi şi a doua: ă/e (e este substituent din decada primară); ş/o (o este substituent din decada a doua).

În sistemul Braille, dificultăţile cele mai frecvente şi mai accentuate se produc în scris, unde au şi o stabilitate persistentă. Deşi atât pentru scris, cât şi pentru citire, caracteristica principală a greşelilor este aceea a labilităţii, comparativ cu scrisul, dificultăţile cititului au o labilitate mai mare. Aceasta rezultă şi din faptul că la citit participă, cu precădere, simţul tactil, iar la scris, cel kinestezic – unde contactul cu foaia se face indirect, prin intermediul punctatorului şi a plăcii de scris. Cu toate acestea, există o strânsă interacţiune între scrisul şi cititul în Braille; formarea deprinderilor - deşi îngreunate de faptul că cele două activităţi au un caracter opus de desfăşurare, iar schema de realizare motorie a semnului în scris este diferită de imaginea sa tactilă în citire – implică un proces instructiv dirijat, în care succesul este în deplină concordanţă cu dezvoltarea, la elevi, a unei motivaţii conştiente, corespunzătoare pentru învăţătură. În general, dezvoltarea abilităţilor de citit-scris şi evitarea fenomenelor specifice dislexo-disgrafiei se realizează prin educarea optimă pentru folosirea celor două mâini, astfel încât să se lărgească câmpul de percepere şi asigurarea desfăşurării fluxului continuu al procesului respectiv, prin trecerea facilă de la un rând la altul. Antrenamentul activ şi eficacitatea sa sunt probate de îmbunătăţirea randamentului şi de sporirea vitezei de citit-scris.

2. *Specificul dislexo-disgrafiei în debilitatea mintală*

Studierea particularităţilor de limbaj în debilitatea mintală prezintă o importanţă teoretică şi practică deosebită. Teoretic, pentru că interdependenţa dintre gândire şi limbaj poate fi pusă mai facil în

evidență la debilul mintal, iar evoluția structurilor de comunicare se raportează la normalitate, ceea ce duce la surprinderea specificității cu importanță majoră, în egală măsură, la normali și la debili. Practic, pentru că limbajul este una din funcțiile psihice ce se supune mai ușor influențelor educative și prin intermediul lui se poate potența întreaga dezvoltare psihică și de cunoaștere, cu condiția aplicării unor forme și procedee adecvate în procesul instructiv-educativ. După cum relevă J. Piaget, limbajul creează posibilitatea evocării unor situații care nu sunt actuale, și prin aceasta se ajunge la influențarea inteligenței, iar G. A. Miller insistă pe ideea de finalizare a gândirii în dependență și de actele simbolice. Dar nu trebuie omis nici faptul că deficiența de intelect, așa cum arată A Busemann, poate împiedica învățarea vorbirii, în general, și în special, însușirea structurilor corecte ale limbajului, prin determinarea unor tulburări în raport de gravitatea acestora. Fenomenul are caracteristica de reversibilitate, în sensul că tulburările de limbaj influențează producția inteligenței. Aceasta are valabilitate atât la persoanele cu intelect normal, cât și la acelea la care este afectată funcția intelectului. Astfel, în unele cazuri grave, cum sunt cele ale pierderii semnelor limbajului, se creează un vid mintal ce poate fi comparat cu starea în care se găsește copilul înainte de dobândirea limbajului. Fenomenul, ca atare, este probat și în condițiile disfaziei – numai că posibilitățile recuperatorii depind foarte mult de vârsta și nivelul de cultură ale subiectului (și desigur și de metodologia logopedică aplicată).

Din cele spuse mai sus, se detașează o idee centrală, și anume a dependenței și relației dintre dezvoltarea intelectului și dezvoltarea limbajului. Este de la sine înțeles că, în general, dezvoltarea limbajului devine tributară evoluției intelectului. P. Oléron afirmă chiar că pentru a învăța să vorbești este necesar să fii dotat cu inteligență, în timp ce Delacroix spune că pentru a învăța comunicarea, trebuie să îndeplinești condiția înțelegerii. În aceeași ordine de idei, C. Păunescu și colaboratorii (1972) raportează toate tulburările de limbaj la un sindrom de dezintegrare generală psihică.

Așadar, în debilitatea mintală se poate vorbi despre un anumit specific al structurilor de limbaj și ca urmare, al tulburărilor sale. Pentru a evidenția aceste aspecte, subliniem mai întâi unele idei rezultate dintr-un experiment anterior (1983), realizat pe un număr de 60 de copii din școala specială, clasele a III-a, a V-a și a VII-a. Aceștia au fost supuși, individual, unui număr de patru probe, iar o serie de date au fost culese pe bază de observații în timpul vorbirii

copiilor la lecții sau în vorbirea spontană (liberă). Subiecții au fost solicitați să răspundă la proba asemănări și vocabular din WISC, apoi să realizeze o compunere după o temă liberă, având la dispoziție cât timp își doresc și în fine, să scrie în 10 minute cât mai multe cuvinte. Sarcina a fost formulată astfel și repetată până când a fost înțeleasă de fiecare subiect.

Timpul utilizat de fiecare copil, pentru realizarea compunerii, a fost notat, fără ca aceștia să știe. Subiecții au provenit din cele trei clase, în mod egal (câte 20 din fiecare clasă), luați la întâmplare (fără a fi selecționați anume).

Din analiza rezultatelor obținute, se constată că la proba de asemănări între performanțele realizate de copiii din cele trei clase sunt diferențe semnificative (vezi tabelul nr. 6). Diferențele sunt mai semnificative între subiecții din clasele a III-a și a V-a, în comparație cu diferențele dintre cei din clasele a V-a și a VII-a.

Ceea ce caracterizează răspunsurile date de copiii din clasa a III-a este faptul că ele exprimă esența asemănărilor dintre cuvinte-noțiuni. Sunt aleatorii răspunsurile care ar trebui să sesizeze esența asemănării dintre noțiuni, deoarece ele nu au un caracter de descriere a ceea ce este comun și nici măcar nu evidențiază caracteristicile principale. În multe cazuri, subiecții încep a răspunde nu prin afirmarea asemănărilor, așa cum este formulată sarcina, ci prin descrierea deosebirilor. Abia după ce li se atrage din nou atenția asupra sarcinii formulate, unii reușesc să descrie asemănările. Aceasta se datorează și fenomenului de perseverare verbală, caracteristică pentru structura incoerentă a limbajului. Prin simplificarea la maximum a limbajului, lipsa ierarhizării, după importanță, a ideilor sau a sublinierii unora și repetarea frecventă a celor spuse anterior, imprimă comunicării un sens aleatoriu. Particularitățile respective se mențin, în bună parte, și la copiii din clasele mai mari. Ele pot fi evitate prin folosirea unui model intuitiv, însoțit de explicația verbală ce determină o actualizare mai rapidă a situației și contribuie la înțelegerea semnificației situației și a simbolurilor cu care operează.

Se poate constata că elevii mari reușesc să înțeleagă mai bine sarcina, dar posibilitățile legate de sesizarea asemănărilor dintre noțiuni rămân reduse. Am constatat că atunci când sunt ajutați să dea primele răspunsuri corecte, ei se descurcă mai bine, deoarece se mențin în cadrul schemei date.

Frecvente sunt situațiile de transpunere rigidă a răspunsurilor într-o schemă sugerată de experimentator sau se păstrează chiar

schema folosită prima dată de subiect. Aşadar, structura limbajului, la debilul mintal, se caracterizează prin imobilitate, rigiditate, atât pe linia exprimării, a articulării şi a succesiunii cuvintelor în propoziţii şi fraze, cât şi din punctul de vedere semantic şi de structură a ideilor, ordinii şi succesiunii lor.

La proba de vocabular, rezultatele obţinute denotă o diferenţiere sensibilă între copiii de vârste şi clase diferite. Copiii din clasa a III-a obţin 198 de puncte, cei din clasa a V-a, 368 puncte, iar cei din clasa a VII-a, 563. Media realizată pe subiect este extrem de mică, dacă se are în vedere posibilitatea pe care o oferă proba de a obţine un punctaj mult mai mare.

Aceste rezultate slabe sunt urmare a faptului că debilii mintal nu reuşesc să definească noţiunea printr-un sinonim sau să descrie caracteristicile determinante pentru categoria generală căreia îi aparţine cuvântul. Cele mai multe răspunsuri descriu vag sau exprimă o utilitate puţin precizată a obiectului sau a fenomenului respectiv. Pe măsură ce noţiunile devin mai greu de definit (spre sfârşitul probei), înţelegerea conceptuală devine tot mai dificilă. La multe nu se dă nici un fel de răspuns, iar la altele, răspunsurile sunt complet greşite. Desigur, că particularităţile descrise sunt mai pronunţate la copiii mici.

În proba de cuvinte, diferenţe înalt semnificative apar între copiii din clasa a III-a (610) şi cei din clasa a V-a (1290), în timp ce la ultimii şi la cei din clasa a VII-a (1303), diferenţele nu sunt pronunţate (vezi tabelul 6). Aceasta denotă că acumulările în structura limbajului la debil, în interdependenţă cu dezvoltarea gândirii, au un caracter mai pronunţat în clasele mici (la vârstele mici), după care urmează acumulări lente, cu diferenţe mai mici între etapele succesive. De aici, concluzia că vocabularul copilului cu debilitate mintală se îmbogăţeşte mai facil şi mai rapid în primele clase, iar apoi, perioadele de achiziţii de noi cuvinte sunt mai lungi.

În cazurile de deficienţe intelectuale grave, apar chiar perioade de stagnare. Aceasta exprimă, în ultimă instanţă, potenţele intelectuale ale acestor copii, gradul sau nivelul pe care îl pot atinge, sub raportul dezvoltării gândirii şi a structurilor de limbaj. Pe de altă parte, se impune ca programa de învăţământ şi conţinutul cunoştinţelor să adopte nu o metodologie redusă şi simplificată de la şcoala de masă, ci una proprie, specifică şcolii speciale, care să ia în consideraţie aceste caracteristici.

Tabelul nr. 6

Clasa	Nr. subiecți	Nr. punctelor la proba asemănări	Nr. punctelor la proba de vocabular	Numărul cuvintelor la proba de cuvinte	Timp utilizat la proba de compunere	
					Total	Media
III	20	83	198	610	6h, 18min	18min,54s
V	20	126	368	1290	6h, 29min	19min,27s
VII	20	143	563	1303	6h, 21min	19min, 3s

În ceea ce privește conținutul conceptual al cuvintelor enunțate, ele se caracterizează printr-un înalt grad de concretizare și intuitivitate. Nediferențierea conținutului semantic al cuvintelor, la unii copii, sau lipsa activismului, a conștientizării celor exprimate, la alții, duce la scrierea unor cuvinte de două ori: o dată la singular și o dată la plural (creion, linie – creioane, linii). La clasa a treia, numai doi copii folosesc și unele cuvinte cu un caracter abstract mai accentuat. Doar 50% dintre aceștia enunță cuvintele în propoziții, deși sarcina a fost înțeleasă. Unii folosesc în exclusivitate nume proprii. La clasa a V-a, un singur copil redă cuvintele în propoziții, iar la a VII-a, nici unul. Numărul copiilor care folosesc și cuvinte abstracte, sau cu un grad mai înalt de generalizare, este mai mare și în special, la cei din clasa a VII-a, unde peste 50% le și utilizează.

Compunerile exprimă mai bine particularitățile structurale ale limbajului și comprehensiunea ideilor exprimate. Conținutul este foarte sărac și exprimat prin propoziții scurte și incoerente. Unele nici nu constituie compuneri, ci propoziții separate, fără nici o legătură între ele. La clasa a VII-a, nu se mai întâlnesc asemenea compoziții, dar persistă încă caracterul incoerent și sărac în conținut (fig. 36). Incoerența este urmare a inteligenței deficitare, dar și a imobilității structurilor verbale, fenomen analizat de C. Pufan, sau a folosirii șabloanelor în vorbire.

În alegerea subiectului, pentru compunere, se constată că predomină tema vacanței, iar în cazul altor subiecte se improvizează o narație cu multe elemente din poveștile învățate sau se reproduc întocmai cele însușite cu alte prilejuri. Aceasta dovedește inerția gândirii, persistența elementelor anterioare în activitatea prezentă a debilului. Narațiunea nu este cursivă, nu se urmărește un fir logic în

povestire, iar caracterul sărac în idei accentuează şi mai mult structura rigidă a limbajului şi existenţa unor expresii banale, stereotipe.

Copilere
Neatenția
A sunat de intrare.
Copiii merg spre clasa.
Angge-
lus rumen la obrați,
speriat, s-a așezat în
bancă. Ochii
îi erau îndreptați către
ușă. Era tare nelinști
nelinistită Parcă
și venea să plângă.
Deodată, intră în clasă

Fig. 36. Scrisul unui elev, în vârstă de 16 ani, din şcoala specială (după şapte ani de şcolarizare)

Unele lucrări poartă titlul „Vacanța de iarnă", ;„Cum mi-am petrecut eu vacanța" etc. și au o încheiere menționată în text („și așa am petrecut vacanța", „și cu asta închei mica mea compunere"). Alte lucrări poartă, ca desen, o fetiță cu o floare (clasa a III-a) și chiar încercări de a compune versuri (poiană și poieniță, mult mi-ești dragă și iubită – clasa a V-a).

Deși timpul acordat pentru compunere a fost nelimitat, copiii cu debilitate mintală utilizează, în medie, un timp foarte scurt, ceea ce denotă că posibilitățile de concentrare le sunt limitate, ca urmare a unui activism redus al vorbirii, semnalat și de M. Roșca, și a unui slab efort în mobilizarea capacității de verbalizare. Copiii debili nu elaborează, mai întâi, un plan de expunere, ideile sunt prezentate la întâmplare, fără legătură între ele, iar cuvintele și propozițiile nu sunt alese și nici nu exprimă, totdeauna, sensul adecvat al ideii.

Exprimarea ideilor este îngreunată și de prezența, la majoritatea copiilor, a tulburărilor de limbaj. La clasa a III-a, dislalia și unele forme de bâlbâială ușoară coexistă cu disgrafia, iar la clasa a V-a și, în special, la a VII-a, cazurile de dislalie și bâlbâială sunt puțin frecvente, dar se mențin în număr mare disgrafiile și dislexiile.

Deficiențele de vorbire la aceste categorii de subiecți, descrise de West, Kennedy și Carr poartă amprenta unei voci slabe, vorbire neinteligibilă, ca urmare a articulației deficitare și a deficiențelor gramaticale, sintactice și semantice, ritm, intensitate și timbru dezagreabile.

Fenomenele specifice dislexo-disgrafiei se mențin în proporție ridicată și spre clasele terminale. Multe din aceste caracteristici au particularitățile întâlnite în tulburările de grafism și de lexie la logopații cu intelect normal, dar apar și unele greșeli noi, pe fondul deficienței de intelect (fig. 36 a.). Dintre greșelile de tip disgrafic, pe care le-am putut surprinde în urma experimentului amintit mai sus, le menționăm pe acelea care au o anumită constanță. Astfel, cele mai frecvente sunt înlocuirile sau substituirile: m← n, u↔n, ț→t, b↔d, s→ș, ă←a, ă→e, s→z, b→p, d↔t, b→g, f↔v, ghe→ge, chi→ci, t→p, l→r, c→ g, i↔e, ț↔s; omisiunile lui i, r, c, u, e, ă, l, t, p și în special a literelor finale, a diftongilor și triftongilor; adăugiri: i, e, n; deformări de cuvinte: ieveion, plimbae în loc de plimbare; contopiri sau fuziuni de cuvinte: nedúcem, amfost, numerge și în fine, multe greșeli de tip gramatical. Apar, de asemenea, o serie de neregularități dimensionale, ca, de pildă, nerespectarea mărimii proporționale a grafemelor, a intervalului dintre ele și, în general, a spațiului grafic.

Fig. 36 a. Scrisul cu mâna stângă, a unui elev din clasa a III-a

În cadrul unui experiment, desfăşurat ulterior, împreună cu C. Lovinescu, aplicat la clasele a IV-a - a VIII-a, pe un lot de 123 de elevi din şcoala specială, care a constat dintr-o probă de dictare, una de compunere, iar individual pe un eşantion selectat după criteriul tulburărilor grave de grafism şi testul „citirii pe sticlă", elaborat de Hepp Reymond şi Marie Claude, am urmărit în ce măsură se menţin aceste caracteristici, ca şi punerea în evidenţă a altor rezultate din situaţii mai complexe. Testul citirii pe sticlă ne-a permis să surprindem aspecte ce ţin nu numai de disgrafie, dar şi de dislexie, cum sunt cele care privesc structura poziţiei literelor şi relaţiile dintre ele, modul cum sunt însuşite reprezentările numerelor şi ale unor desene, toate având importanţă pentru formarea abilităţilor de citit-scris, deoarece solicită subiectul la o activitate de analiză şi de sinteză mai evidentă.

Pe baza probelor aplicate la lotul de 123 subiecţi, din şcoala specială, am constatat la 103, fenomene tipice de disgrafie – ceea ce reprezintă 78%, iar la 89, o evidentă dislexie – ceea ce reprezintă 67% din totalul subiecţilor investigaţi. Aceştia din urmă au fost supuşi şi unei probe de citire, pentru a vedea în ce măsură se confirmă fenomenul dislexic.

Dat fiind că, spre deosebire de intelectul normal, în debilitatea mintală tulburările lexiei se transpun mai pregnant în planul comportamentului grafic, se pot evidenţia frecvente omisiuni, inversiuni şi adăugiri de grafeme. Mai reduse ca acestea, dar cu oarecare persistenţă, sunt contopirile de cuvinte, înlocuirile de cuvinte, omisiunile de cuvinte, inversiunile în interiorul cuvintelor şi

agramatismele. Trebuie specificat că, datorită textului redus şi simplificat, atât în citire, cât mai cu seamă în scriere, greşelile de tip gramatical nu au înregistrat o frecvenţă prea ridicată, deşi ele se menţin dominante (fapt verificat cu altă ocazie noi).

Atât pentru proba de dictare, cât şi pentru cea de compunere, am constatat că la debilul mintal cele mai des întâlnite sunt omisiunile de grafeme, care vizează sistemul vocalic, ceea ce ne determină să credem că aceasta se datorează importanţei mai mici pe care o au vocalele în recunoaşterea cuvântului (fig. 36 b.).

Fig. 36 b. Scrisul unui elev din clasa a V-a, cu dublu handicap (hipoacuzie şi debilitate mintală)

Vocalele cel mai frecvent omise sunt: i, e, a, u. Se poate exemplifica prin semnalarea omiterii frecvente a lui i final şi mai ales a lui i final semivocalic, când înaintea lui se află i vocalic, sau în cazul pluralului nearticulat ori articulat al substantivelor şi adjectivelor masculine care-l au pe i vocalic înaintea lui i final. Situaţii asemănătoare apar la substantivele în cazul nominativ plural sau la cele în cazul genitiv ori omisiunea lui i după ş şi ţ.

În ceea ce priveşte sistemul consonantic, cele mai frecvente omisiuni se produc în cazul lui n, l, r, t .Eliminările lui n sunt mai des

întâlnite decât înlocuirile lui prin m – fapt mai evident la disgraficii cu intelect normal. Şi omiterea lui m, sensibilă în clasele mici (ciclul întâi), devine întâmplătoare pentru elevii din clasele terminale ale şcolii speciale.

Un fenomen, de asemenea, specific pentru elevii cu debilitate mintală este acela al omiterii de silabe, atât la începutul cuvântului, cât şi la sfârşit şi în interiorul lui – ceea ce determină ciuntirea ori trunchierea cuvintelor. Când dificultăţile de acest gen sunt accentuate, fenomenul este masiv prezent şi în plan lexic. De cele mai multe ori, acestea se corelează cu fenomenul de suprimare a consoanelor şi, în special, a grupurilor de consoane – fapt ce îl punem pe seama lipsei de agilitate motrică. Când suprimarea consoanelor este pronunţată, devine un indiciu al existenţei fenomenului similar şi la nivelul vocalelor, mergând până la devocalizarea cuvântului. Şi acest fenomen este mai frecvent în deficienţa de intelect – ceea ce ne face să afirmăm specificitatea sa în cazul dat.

Alte fenomene privesc omisiunile de cuvinte şi mai cu seamă a celor de legătură, denotând, printre altele, o slabă centrare psihică pe operaţia efectuată. Dar devin pronunţate adăugirile de grafeme, în care caz sunt atinse, mai frecvent, vocalele i, e, a şi consoanele n, t, r. Vocala i se adaugă des înaintea pronumelui eu (ieu) şi înaintea vocalei e, în interiorul cuvintelor, iar e se adaugă înaintea lui a şi după i, în timp ce vocala este prezentă mai des la începutul şi la sfârşitul cuvântului. Adăugarea consoanelor poartă pecetea aleatorului, pentru că fenomenul se produce în situaţii extrem de variate. La baza explicaţiei fenomenului de adăugiri poate sta inerţia proceselor nervoase şi a funcţiilor psihice care determină o inoperare la nivelul structurilor logice.

O frecvenţă ridicată o au înlocuirile de grafeme care sunt asemănătoare din punct de vedere spaţial sau când se produce o confuzie perceptivă, ce are la bază lipsa de discriminare a vibraţiilor laringiene. Ca atare, are loc confuzia dintre consoanele de aceeaşi natură (p-b, f-v, c-d, d-t) sau a consoanelor sonore-surde, ca siflantele şi şuierătoarele (s-ş, z-j). Dintre cele mai frecvente substituiri putem cita următoarele: ă-i, e-i, u-m, l-r, v-f, p-b, s-ş, ge-ci, ci-gi, chi-ci, ghi-ghe, t-d, z-j etc. Datorită asemănărilor optice a unora dintre ele, fenomenul devine tipic şi în citire, ceea ce duce la dislexie. Situaţia poate fi explicată prin simetria grafemelor, atât în plan vertical (d-b), orizontal (m-n), cât şi în plan dublu (d-p).

O pondere relativ ridicată o au şi inversiunile de grafeme din interiorul cuvântului – ceea ce pune în evidenţă deficienţe de analiză şi sinteză, caracteristice pentru handicapul de intelect, dar şi repetările de cuvinte, care se datorează particularităţilor de inerţie şi perseverare specifice structurilor mentale deficitare. Într-un anumit fel, reversul repetărilor de cuvinte este acela al înlocuirilor şi mai ales al contopirilor de cuvinte.

Semnificativ este faptul că pentru orice tip de disgrafie sau dislexie se manifestă o incapacitate în învăţarea şi formarea deprinderilor adecvate pentru grafeme şi litere; cifrele se învaţă mai uşor, dar rămân deficitare în ce priveşte forma lor şi plasarea corectă în spaţiul paginii. Ca atare, nu orice formă de dislexo-disgrafie implică şi o afectare similară a cifrelor.

Agramatismele sunt evidente prin lipsa punctuaţiei sau a unei punctuaţii neadecvate, despărţirea incorectă a unor cuvinte la capăt de rând, despărţirea unor cuvinte, care de obicei se scriu împreună, sau unirea unor cuvinte, care obişnuit se scriu despărţit; de asemenea, scrierea substantivelor comune cu literă mare în mijlocul propoziţiei, a celor proprii cu literă mică, fapt ce dovedeşte lipsa capacităţii de discriminare a schemelor gramaticale, de diferenţiere între formele părţilor de vorbire.

Principalele categorii de greşeli, rezultate din experimentul nostru, au fost sintetizate astfel:

Omisiuni de grafeme

i	47,7	m	5,0	s	2,2
e	8,9	t	4,3	u	1,9
l	6,2	a	3,9	ă	1,7
r	5,6	c	2,8	î	0,6
n	5,4	o	2,5	f	0,2

Adăugiri de grafeme

i	40,7	n	5,5	i	3,0
e	21,1	l	5,0	t	2,7
o	17,6	r	4,6	c	2,3
a	13,4	s	3,1	m	1,5
ă	7,2	p	3,0	f	1,1

Înlocuiri de grafeme

l-i	11,5	l-e	2,5	n-r	1,8	c-t	0,9
ă-e	10,5	e-o	2,5	p-b	1,8	e-t	0,9
e-i	8,8	che-chi	2,5	s-o	1,8	n-b	0,9
ge-ce	6,9	chi-ce	2,5	o-u	1,7	r-o	0,9
f-v	6,3	n-m	2,3	ă-i	1,7	s-ş	0,9
v-f	5,6	chi-ci	2,2	g-d	1,6	t-p	0,9
m-n	5,1	r-n	2,2	ă-v	1,5	t-f	0,9
r-l	4,3	î-u	2,1	ce-gi	1,5	t-ş	0,9
ş-s	4,1	ce-ci	2,1	e-a	1,5	b-p	0,9
u-o	4,1	b-m	2,0	ghe-che	1,5	î-ă	0,8
z-v	3,8	g-c	2,0	l-f	1,5	l-n	0,8
e-ă	3,4	ce-ţi	2,0	s-t	1,5	n-v	0,8
j-s	3,3	î-i	2,0	s-z	1,5	p-v	0,8
d-t	3,1	p-c	2,0	s-e	1,5	ă-u	0,4
ţ-t	3,1	p-m	2,0	ă-a	1,3	a-o	0,4
t-c	3,0	z-d	2,0	p-t	1,3	d-a	0,4
ă-î	2,9	f-p	1,9	a-i	0,9	j-z	0,4
t-d	2,9	i-e	1,9	b-t	0,9	t-s	0,4
l-r	2,7	f-b	1,8	b-d	0,9	j-z	0,4
z-s	2,6	g-v	1,8	c-s	0,9	x-s	0,4

Greşeli de scris	**IV**	**V**	**VI**	**VII**	**VII**
Omisiuni de silabe	1,7	1,0	1,2	2,1	2,3
Înlocuiri de cuvinte	0,4	0,2	3,8	2,1	-
Omisiuni de cuvinte	1,2	0,6	-	-	-
Inversiuni de cuvinte	1,9	1,4	1,0	2,1	0,5
Repetări de cuvinte	2,4	0,6	0,5	2,1	1,4
Contopiri de cuvinte	0,9	-	0,5	-	-
Agramatisme	16,3	26,5	31,2	33,2	34,4

Interesant de semnalat este şi faptul că au apărut câteva lucrări în care disgrafia se prezintă atât de accentuat, încât cele scrise devin ilizibile şi nu pot fi descifrate. Acest fapt evidenţiază gravitatea tulburării de scris, pe de o parte, şi gravitatea deficienţei de intelect, pe de alta. Se pot evidenţia şi unele fenomene ce ţin de forma şi de

estetica grafică. Astfel, persistă (după automatizarea scrisului) rigiditatea, dezordinea, lipsa de estetică a transcrierii grafice. S-au putut constata diverse aspecte grafice ale scrisului, de la o scriere foarte mică, ascuțită, greu de descifrat, la una exagerat de mare, depășind șirurile de rânduri. Lipsa de proporție apare cu cea mai mare frecvență. Un caz aparte îl constituie apariția unei scrieri suprapuse a rândurilor, ajungându-se la o comprimare a distanțelor dintre rânduri. Specifică este dilatarea cuvintelor sau a literelor de la început, terminându-se cu o restrângere și diminuare a dimensiunilor - spre sfârșitul propoziției sau frazei.

Nota caracteristică în scrisul deficientului de intelect cu tulburări grafice este dominată de un scris inegal, dezordonat, împrăștiat, scrierea apărând uneori ruptă, determinată de dificultăți în legarea grafemelor între ele, sau prin exagerata dilatare, pe orizontală, a grafemului sau bastonașele la literele t, p, l, d, fiind micro- sau macro-dimensionate.

Toate aceste fenomene dovedesc, printre altele, relația strânsă ce se stabilește între dezvoltarea limbajului și evoluția psihică. Corectitudinea și bogăția limbajului citit-scris denotă valoarea și rolul pe care îl are acesta în structura vieții psihice și în reglarea actelor comportamentale. Aceasta cu atât mai mult cu cât importanța limbajului se poate aprecia și după nenumăratele mesaje ce pot fi construite pe baza multitudinii de combinații în forme diversificate. Desigur, în acest caz capacitatea de analiză și sinteză creează condiții pentru extinderea comportamentului verbal la situații variate. Dat fiind faptul că încărcătura afectivă este deosebit de pregnantă la deficienții de intelect cu dislexie-disgrafie, conținutul cognitiv este redus la elementele afectiv-emoționale, care sunt exprimate direct sau transpar din context. Prin aceasta, scade și mai mult precizia în exprimarea ideilor, ajungând la manifestarea confuză a conținutului gândirii.

Se poate remarca, în unele cazuri, și o dispoziție spațială inedită a propozițiilor și frazelor în pagină (ca cea de triunghi dreptunghic). Referindu-se la acest aspect, Critchley sublinia apariția scrisului diform și dublarea grafemelor ca urmare a deficitelor de percepție și motricitate, incriminate ca tulburări disgrafice, și de S. Borel Maisonny sau a tulburărilor spațio-temporale, citate de Anne Marie Fichot. De asemenea, exprimările unor fragmente de idei sunt lacunare, fără un fir logic, propozițiile nefiind limitate, ci prezentate ca o înșiruire de evenimente dispersate. Acest lucru se explică prin tendința copilului cu deficiențe de intelect de a adiționa și nu de a

schematiza. Apar cunoscutele formule stereotipe din cauza imobilității structurii verbale (începerea fiecărei propoziții cu „și am văzut", sau „și am fost"), fenomen caracteristic șablonismului și stereotipiei specifice deficientului de intelect.

Încercarea de a surprinde înțelegerea structurii, poziției literelor, relațiilor dintre ele, necesare însușirii limbajului scris, precum și frecvența reprezentării numerelor și a unor desene simple, solicitând, din partea subiecților, o activitate de analiză și sinteză, ne-a dus la următoarele concluzii:

Majoritatea subiecților reușesc, de cele mai multe ori, să identifice grafemul simulat pe sticlă (cuvinte mono- sau bisilabice), dar dificultatea cea mai mare intervine la sinteza cuvântului pentru a fi redat în formă verbală. În alte cazuri, se recunosc grafemele dispersate, altele fiind confundate. Astfel, în loc de grafemul a este recunoscut diftongul ci. Aceasta se datorează faptului că executarea conturului, prin trasarea grafemului, se efectuează prin două ridicări de creion, ceea ce se întâmplă, în ultimă instanță, și în scrierea lui ci (exceptând punctul pe i). Pentru grafemul h, recunoaște pe f; în acest caz, confuziile se pot datora, probabil, asemănărilor formale. În alt caz, h este semnalat ca z, iar alte înlocuiri sunt de genul: în loc de n semnalează m. Acest fenomen de înlocuire a lui m cu n s-a produs în proporție de 5,2 %. În alt caz, se semnalează înlocuirea lui v cu b. Asemenea înlocuiri se produc, deseori, în vorbirea orală a copiilor dislalici (mai cu seamă în dislalia de tip fiziologic a copiilor ante- și preșcolari mici).

Această probă confirmă faptul că la subiecții cu deficiențe de intelect, care prezintă tulburări de scris în planul reprezentărilor grafice, pentru litere, apare o capacitate foarte scăzută de sinteză, de cele mai multe ori inexistentă, persistând doar capacitatea de analiză. În proba la care subiecții au trebuit să recunoască cifre, s-a observat că ei puteau denumi fiecare cifră separat, dar nu reușeau să sintetizeze numărul într-un întreg (s-au folosit numere formate din trei cifre). Și în acest caz, se observă imposibilitatea de a trece de la faza de analiză la cea de sinteză, reprezentarea numerelor, ca întreg, suferind încă grave tulburări.

La proba în care subiecților le-a fost prezentat un set de desene, ei nu au întâmpinat dificultăți deosebite, rareori existând confuzii cu alte reprezentări; aceasta ca urmare, probabil, a lipsei de concentrare în deslușirea desenelor simulate. Acest proces facil de recunoaștere a desenelor se poate explica prin faptul că schemele

perceptive, pentru figurile care desemnează obiecte concrete, se formează mai de timpuriu (în perioada preşcolară), un rol important jucându-l chiar mânuirea obiectelor faţă de alte situaţii în care schemele mai abstracte se formează mai târziu, fapt în care însuşi procesul de abstractizare solicită o educaţie a gândirii.

Dificultatea de a sintetiza şi a reda verbal cuvântul sau cifra simulate se poate transfera, în plan grafic, prin condensări şi inversiuni de grafeme, tocmai pentru că nu există o schemă integratoare care să poată fi descompusă.

Pentru o înţelegere cât mai analitică a fenomenelor dislexo-disgrafice, în literatura de specialitate s-au conturat trei modalităţi de abordare, cu tendinţa de a lua în consideraţie, în egală măsură, aspectele simptomatologice şi cele etiologice. Astfel, întregul domeniu al tulburărilor citit-scrisului este redus la o abordare psihopedagogică, cu implicaţii în elemente de lingvistică, neurologie şi în ortografie-lingvistică. Demersul respectiv prezintă avantaje, dar şi dezavantaje. Avantaje, pentru că permite o analiză amănunţită a tuturor aspectelor ce intervin într-un complex problematic, şi dezavantaje, pentru că tulburările citit-scrisului se prezintă ca un tot unitar ce nu pot fi desprinse de structura psihică a personalităţii logopatului.

Privite de pe poziţiile psihopedagogice, tulburările citit-scrisului sunt un efect al dificultăţilor în achiziţia şi dezvoltarea abilităţilor, fapt care determină, în principal, omisiuni, inversiuni, substituiri, confuzii, contopiri, adăugiri etc. de grafeme, litere, silabe şi cuvinte. Aceste fenomene pun în evidenţă aşa-numita dislexo-disgrafie de evoluţie, la care ne-am mai referit în paginile anterioare. Din punct de vedere neurologic, laturile activităţii implicate în citit-scris sunt afectate, ca urmare a tulburărilor motricităţii şi a slabei coordonări a mişcărilor. Componentele cele mai afectate, în acest caz, privesc trasarea contururilor grafemelor, proasta lor plasare în pagină, viteza redusă în citit-scris, nerespectarea spaţiului paginii, sărirea rândurilor la citit sau la recitirea rândului parcurs, suprapunerea rândurilor în scris etc. Din aceste caracteristici rezidă şi denumirea de dislexo-disgrafie motrică. În fine, dificultăţile lingvistice şi de învăţare a ortografiei ori pierderea acestor capacităţi cuprind întreaga gamă a elementelor implicate în respectarea regulilor specifice, din punct de vedere lingvistic şi ortografic.

Toate aceste caracteristici, şi tulburările consecutive lor, privesc nu numai pe deficientul de intelect, dar şi pe cel afectat

psihoneurologic şi pe cel cu intelect normal. Aceasta cu atât mai mult cu cât avem în vedere că dislexo-disgrafia nu se referă numai la incapacitatea de a învăţa citit-scrisul, dar şi la pierderea sau tulburarea deprinderilor respective ori la stagnarea sau deteriorarea capacităţii de dezvoltare a activităţilor implicate. De aici şi asemănările dintre manifestările dislexo-disgrafiei, la diferitele categorii de indivizi, dar şi specificitatea acestora. Pe de altă parte, structurile neurofiziologice şi cele psihologice accentuează şi mai mult specificul tulburărilor citit-scrisului.

Din moment ce concepem actul citit-scrisului ca un rezultat al coordonării corticale superioare şi ca o sinteză la nivelul sistemelor motrice, în care sunt implicate recepţiile auditive, vizuale şi motrice, de la început trebuie subliniat că în deficienţa de intelect desfăşurarea unor atare activităţi se realizează deficitar - ceea ce imprimă şi procesului de însuşire lexo-grafică un curs anormal. Dificultăţile pentru citire încep o dată cu recunoaşterea literei şi a sunetului corespunzător, iar pentru scriere, greutăţile rezultă chiar din caracteristica deficitară a reproducerii. La debilul mintal, imaginea cuvântului nu se prezintă totdeauna ca unitate a interacţiunii imaginilor acustice, optice şi kinestezice - ceea ce face dificilă cuprinderea sintetică a cuvântului la citire sau redarea unitar-dinamică şi nu disparată, în scriere. Ca urmare, procesul citit-scrisului se prezintă, la debilul mintal, ca fiind scindat în elementele sale componente şi se creează impresia unei desfăşurări succesiv-consecutive, din care lipsesc elementele de simultaneitate ce dau unitate întregului proces.

Spre deosebire de normal, la deficientul de intelect şi în special la cel accentuat, cum este cel cu deficienţă severă, se manifestă relativ frecvent scrisul, şi mai rar cititul, ca în oglindă, ca urmare a afecţiunilor zonei corticale implicată în procesul vederii. Hvattev este de părere că scrierea şi citirea în oglindă se datorează leziunii emisferei drepte – ceea ce face ca trasarea grafemelor şi citirea literelor, a cuvintelor, să se producă de la dreapta la stânga sau ca o reflectarea în oglindă. Pentru disgraficul care scrie ca în oglindă, devine dificilă citirea propriei sale scrieri şi adeseori nu o poate deosebi de cea normală.

La dislexicii şi disgraficii care citesc şi scriu ca în oglindă se menţin aceste caracteristici un timp şi după rerioada necesară însuşirii citit-scrisului. Fenomenul de scriere şi de citire ca în oglindă este mai accentuat la debilii mintal care au suferit o meningo-encefalită sau

sunt stângaci şi au fost deprinşi să folosească mâna dreaptă pentru scriere.

Tot ca urmare a unor leziuni cerebrale sau a insuficientelor dezvoltări ale sistemelor cerebrale – ceea ce duce, din punct de vedere psihic, la debilitatea mintală – pot apărea fenomene grave ale tulburărilor scris-cititului ce depăşesc sfera propriu-zisă a dislexo-disgrafiei. Acestea includ alexia şi agrafia, la care se asociază, frecvent, şi alte tulburări, cum sunt cele apraxice, disartrice, de voce etc. În cazurile de alexie şi agrafie, incapacitatea logopatului este atât de accentuată încât în cele mai fericite situaţii subiecţii respectivi pot copia unele semne, mai cu seamă cifre şi pot silabisi literele care le sunt mai bine cunoscute, dar sunt cu totul incapabili să scrie sau să citească spontan sau după dictare. Dacă la persoanele normale, care şi-au pierdut capacitatea lexico-grafică, fenomenele de alexie-agrafie fac parte dintr-un complex de tulburări, cum sunt cele de tip afazic, apraxic, agnozic, disartric etc, în deficienţa de intelect asemenea fenomene (ca de altfel tulburările limbajului în general) devin manifestări centrale, în jurul cărora gravitează tot complexul de deficienţe specifice. Din punct de vedere simptomatologic, în alexie şi în agrafie sunt prezente aceleaşi elemente, cu notele dominante ce au fost evidenţiate în dislexie şi disgrafie, numai că ele sunt mult mai pregnante şi cu un evantai mai larg.

Din cauza dificultăţilor de analiză conştientă a elementelor fonetice ale vorbirii şi a neputinţei de a-şi reprezenta formele componente abstracte, ce compun cuvintele, debilul mintal are dificultăţi evidente în înţelegerea sensului celor citite şi în transpunerea coerentă a ideilor în scris. La acestea, se adaugă dificultăţile majore, rezultate din structurile mintale neevoluate, ceea ce face ca activitatea de însuşire şi deprindere a citit-scrisului să înregistreze note dominante de stereotipie, rigiditate, şablonism şi o reală lipsă de activism prin care să fie antrenate structurile psihice implicate într-un proces atât de complex. Aceasta cu atât mai mult cu cât trebuie avut în vedere că însuşirea citit-scrisului este o activitate prin excelenţă intelectuală, iar deprinderile consecutive acesteia se realizează prin interiorizarea acţiunilor premergătoare şi prin existenţa motivaţiei corespunzătoare, care să ducă la antrenarea intensă în desfăşurarea activităţii, a proceselor cognitive superioare.

Din cele spuse până acum, rezultă că tulburările limbajului citit-scris au o frecvenţă mai mare la copiii cu debilitate mintală, comparativ cu cei normali, iar manifestările sunt mai variate şi

îmbracă forme accentuate, persistente şi cu un înalt grad de dificultate. Desigur, învăţarea citit-scrisului este îngreunată de deficienţa de intelect, dar tulburările lexo-grafice nu sunt determinate cu necesitate de aceasta, întrucât la majoritatea logopaţilor ele se manifestă pe fondul altor tulburări, cum sunt cele ale percepţiei, gândirii, atenţiei, memoriei, de orientare şi organizare spaţială, de lateralitate, ale motricităţii, ale văzului şi auzului etc. Aceste fenomene determină adăugarea unor noi elemente, care sporesc caracterul ilizibil al scrierii şi îngreunează înţelegerea sensului celor citite. Retuşurile, ezitările, opririle, întreruperile, lipsa ritmicităţii, proasta organizare a spaţiului paginii, dimensionarea neregulată a grafemelor, nerespectarea direcţiei sunt numai câteva aspecte ce accentuează şi dau o notă specifică tulburărilor citit-scrisului în debilitatea mintală.

La debilul mintal, învăţarea citit-scrisului, dezvoltarea funcţiei semiotice şi însuşirea mijloacelor de operare cu simboluri comportă cele mai mari dificultăţi, din cauza inerţiei patologice. Inerţia patologică produce disocieri la nivelul legăturilor temporale, în general, dar ea are consecinţe negative în activitatea de învăţare, mai cu seamă că aceste disocieri acţionează la nivelul verbal şi al gândirii şi îşi pune amprenta în orice formă de comunicare cu mediul înconjurător, în orice situaţie semiotică. Dacă avem în vedere şi alte particularităţi specifice ale debilităţii mintale, cum sunt cele care se referă la zona proximei dezvoltări (L.S.Vîgotski), la heteroeronia dezvoltării (R. Zazzo) şi a vâscozităţii genetice (B.Inhelder) putem înţelege relaţia dintre învăţare, în general, şi a citit-scrisului, în special, şi dezvoltare, în cadrul activităţilor parcurse de deficientul de intelect.

Analizând dinamica dificultăţilor pe care le au copiii în citire, Vernon (1962) le raportează la o serie de factori psihologici, educativi-culturali şi neuro-genetici. Astfel, autoarea ajunge la concluzia că subiecţii care citesc (şi scriu) cu dificultate se pot grupa în trei categorii: cei care sunt privaţi pe linie culturală şi dispun de o educaţie insuficientă sau de o educaţie greşită, cei cu tulburări afectiv-emoţionale şi cei la care se manifestă o incapacitate specifică. Ţinând seama că la debilii mintal există şi o serie de deficienţe ale văzului, auzului, de motricitate, de psihomotricitate şi afecţiuni ale cortexului, simptomele tulburărilor citit-scrisului se asociază cu acestea şi ele accentuează incapacitatea comportamentului lexico-grafic.

Din cauza dislexo-disgrafiei de tip acustic şi optic, la debilul mintal apar dificultăţi în discriminarea sunet-literă şi în distingerea

imaginii grafice a simbolului – ceea ce duce la repetate confuzii bazate pe asemănări acustice (p-b, t-d, f-v, s-z, ş-j, ce-ci) şi optice (m-n, d-b, d-p).

Credem că pentru o înţelegere mai profundă a modului cum este structurată activitatea de învăţare, în general, şi a citit-scrisului, în special, la deficienţii de intelect, este necesar să o raportăm la tipurile de adaptare care exprimă, în ultimă instanţă, forme comportamentale ce sunt definitorii pentru personalitatea individului. În adaptare sunt înglobate aspecte ce pornesc de la cele mai simple acte, gesturi (care sunt implicate şi în citit-scris) şi se finalizează cu cele mai complexe cuprinderi ale înţelegerii sensului şi semnificaţiei (atât de necesare şi în însuşirea deprinderilor de citit-scris). Dar adaptarea presupune şi asimilarea pentru că experienţa individului este reactualizată şi integrată, pe cât posibil, la un nivel superior, în noile acţiuni şi comportamente. Acestea au note de originalitate şi creativitate în măsura în care se realizează un salt calitativ faţă de cele anterioare. Astfel, se ajunge la noi achiziţii şi deprinderi, ce sporesc eficienţa activităţii.

Formele de adaptare ale debilului mintal exprimă capacitatea dezvoltării psihice şi posibilităţile de integrare socio-profesionale. Dat fiind faptul că experienţa de viaţă este săracă, că posibilităţile de achiziţie şi de prelucrare a informaţiei sunt reduse, iar conştiinţa nu îndeplineşte decât, parţial, funcţia de organizator al activităţii psihice, la deficientului mintal formarea şi dezvoltarea deprinderilor de citit-scris parcurg un drum anevoios, cu numeroase oscilaţii şi întoarceri la stadiile iniţiale, în care motivaţia nu devine suport al comportamentelor adaptative la situaţiile noi. De aici şi o serie de dificultăţi lexico-grafice care conduc la comportamente neadaptate şi la eşecuri şcolare repetate.

În acest context, educaţia este chemată să înlăture dezechilibrul dintre organism şi mediul înconjurător şi să realizeze o reechilibrare a sistemului tulburat. Acţiunea depinde de modul cum este organizat sistemul educaţional şi adaptat la posibilităţile de receptare ale subiectului. „Astfel, în anumite situaţii, afirmă Al. Sen, subiectul nu poate recepta, iniţial, demersul educaţional în accepţia sa curentă, datorită unei insuficiente dezvoltări intelectuale sau ale unor agresiuni care îngustează capacitatea sa de înţelegere şi reacţie şi, ca atare, îl plasează în afara unei relaţii educaţionale conştientizate, îi

face inaccesibilă înțelegerea obiectivelor succesive și a finalității procesului educațional și reduce capacitatea de învățare, impune simplificarea programelor și regiunilor la nivelul unor proceduri elementare. În acest caz, demersul educațional, în accepțiunea sa generală, își vede limitată acțiunea de echilibrare, datorită dezechilibrului organic și funcțional preexistent, ca în cazul oligofreniilor, sindroamelor post-traumatice, encefalopatiilor, cerebrasteniei" (1978, pag, 70).

Desigur, în acest proces cu dublă semnificație, pe de o parte formativ, iar pe de alta integrativ în structurile socio-profesionale, rolul educatorului se măsoară în raport de eficiența sistemului aplicat și de rezultatele obținute.

3. *Specificul dislexo-disgrafiei în bolile psihice*

Tulburările citit-scrisului sunt extrem de variate atât ca formă, cât și ca profunzime și conținut în bolile psihice, deoarece acestea au o extensie și o manieră de desfășurare pe o arie foarte largă și labilă. Fiind raportate la personalitatea bolnavului ca ecran de referință, tulburările lexo-grafice poartă amprenta nu numai a personalității dezintegrate, dar și a caracterului specific bolii psihice (fig. 37). Dată fiind întinderea tulburărilor psihice și gravitatea acestora, de la domeniul psihopatologiei marginale până la psihopatologia propriu-zisă, tulburarea citit-scrisului depășește, de cele mai multe ori, fenomenele dislexo-disgrafice, îmbrăcând forme mult mai grave (caracteristice agrafiei și alexiei) sau se încadrează într-o categorie specifică care poartă amprenta bizarității.

În același timp, în analiza oricăror tulburări ale citit-scrisului, trebuie luat în considerare și parametrul înțelegerii semnificației și a surprinderii sensului celor scrise sau citite. Cum – de obicei – în psihopatii individul poate deveni conștient de dificultățile sale în citit-scris, în psihoze el pierde controlul și conștiința propriei sale activități – ceea ce îi imprimă un curs aleatoriu, cu note dominante de desprindere de realitate sau de sarcina propusă (fig. 38).

Fig. 37. Scrisul unui neurastenic în vârstă de 21 ani

Fig. 38. Scrisul unui bărbat în vârstă de 40 de ani, cu diagnosticul de psihoză etilică cu degradare intelectuală

face inaccesibilă înțelegerea obiectivelor succesive şi a finalității procesului educațional şi reduce capacitatea de învățare, impune simplificarea programelor şi regiunilor la nivelul unor proceduri elementare. În acest caz, demersul educațional, în accepțiunea sa generală, îşi vede limitată acțiunea de echilibrare, datorită dezechilibrului organic şi funcțional preexistent, ca în cazul oligofreniilor, sindroamelor post-traumatice, encefalopatiilor, cerebrasteniei" (1978, pag, 70).

Desigur, în acest proces cu dublă semnificație, pe de o parte formativ, iar pe de alta integrativ în structurile socio-profesionale, rolul educatorului se măsoară în raport de eficiența sistemului aplicat şi de rezultatele obținute.

3. *Specificul dislexo-disgrafiei în bolile psihice*

Tulburările citit-scrisului sunt extrem de variate atât ca formă, cât şi ca profunzime şi conținut în bolile psihice, deoarece acestea au o extensie şi o manieră de desfăşurare pe o arie foarte largă şi labilă. Fiind raportate la personalitatea bolnavului ca ecran de referință, tulburările lexo-grafice poartă amprenta nu numai a personalității dezintegrate, dar şi a caracterului specific bolii psihice (fig. 37). Dată fiind întinderea tulburărilor psihice şi gravitatea acestora, de la domeniul psihopatologiei marginale până la psihopatologia propriu-zisă, tulburarea citit-scrisului depăşeşte, de cele mai multe ori, fenomenele dislexo-disgrafice, îmbrăcând forme mult mai grave (caracteristice agrafiei şi alexiei) sau se încadrează într-o categorie specifică care poartă amprenta bizarității.

În acelaşi timp, în analiza oricăror tulburări ale citit-scrisului, trebuie luat în considerare şi parametrul înțelegerii semnificației şi a surprinderii sensului celor scrise sau citite. Cum – de obicei – în psihopatii individul poate deveni conştient de dificultățile sale în citit-scris, în psihoze el pierde controlul şi conştiința propriei sale activități – ceea ce îi imprimă un curs aleatoriu, cu note dominante de desprindere de realitate sau de sarcina propusă (fig. 38).

Fig. 37. Scrisul unui neurastenic în vârstă de 21 ani

Fig. 38. Scrisul unui bărbat în vârstă de 40 de ani, cu diagnosticul de psihoză etilică cu degradare intelectuală

Ca atare, devine necesar a lua în considerație nu numai situația de expresie a citit-scrisului, dar şi cea de impresie, de recepție şi de raportare a comportamentului general la componentele şi conduitele lexico-grafice.

În general, tulburările psihogenetice sunt de natură funcțională, prin natura lor, şi au o răspândire mai mare la copiii care manifestă forme incipiente pe versantul psihopatologiei, cum ar fi instabilitatea neurologică sau fiziologică. Simpla prezență a unor trăsături psihonevrotice determină modificări în comportamentul lexico-grafic, mai cu seamă că acestea sunt însoțite de o serie de însemne particulare, cum sunt slăbirea voinței, activismul redus, creşterea sugestibilității, accentuarea spasmelor şi ticurilor, aversiunea pentru mişcări etc., care au importanță în evoluția corectă a deprinderilor de citit-scris. Pentru activitatea de citit-scris, prezența spasmelor, ticurilor, manierismelor este foarte dăunătoare, deoarece acestea nu permit instalarea unor acțiuni lineare şi cursive, ci dimpotrivă, determină întreruperi, oscilații, lipsă de sincronizare etc. Ca mişcări involuntare, aceste fenomene, indiferent că sunt de natură organică (spasmele coreice) sau psihogene (expresii facile, manierismele ostentative) deregleză, din punct de vedere funcțional, mecanismul de coordonare şi echilibrare implicat în actele complexe ale citit-scrisului (fig. 39).

Ținând seama de complexitatea tulburărilor de citit-scris la bolnavii psihic, datele din literatura de specialitate (medicală psihologică, pedagogică) diferă de la un autor la altul. De cele mai multe ori, aceste tulburări lexico-grafice au fost legate nemijlocit de personalitatea bolnavului şi considerate ca forme de expresie şi de proiectare a conținutului activității, cu toate modificările din structura sferei psihice aflată în stare critică. În mod deosebit, a fost studiat limbajul scris al bolnavilor psihici, deoarece acesta poate fi mai cuantificat şi raportat la specificul deteriorării psihice.

V. Predescu şi G. Ionescu apreciază că, în formele patologice, limbajul scris urmează caracteristicile tulburărilor limbajului oral, de unde rezultă că şi acesta din urmă îmbracă o serie de caracteristici specifice, în situațiile de depersonalizare a individului, acestea fiind mai grave sau mai reduse în funcție de extinderea bolii psihice.

Fotografiez un copil — copilul în oarea cor-
olea tablou deasea părinților pt. văzu toți pest
el el este ca de speriat încît în ochi oalipeste
cap — A doua imagine înfățișează o poveste unde
undeva cineva închieraea să alta o povestesc
persoana a ajutând un ajutor.
A 3 fotografii înfățișează un bărbat sau o femeie
care este bătută rău cu mâna lor rău în
plînge. A patra fotografii înfățișează un bărbat,
cu cuțitul la mîini prin la corpul unei femei.
A 5 fotografie ne arată cum un copil plînge.
fiind singur acasa ori este în urma.
A 6 fotografie ne arată cum un o mamă
își arată fetei ... vinovată să fie cumință
să nu fure.

Fig. 39. Scrisul unei femei în vârstă de 42 ani, cu diagnosticul de psihopatie paranoidă decompensată psihic

Ca atare, dislogiile, disfaziile şi dislaliile se exprimă, în planul grafic, prin tulburări denumite psihografice, disgrafice şi, respectiv, caligrafice. La rândul lor, tulburările psihografice se împart în: tulburări ale activității grafice, tulburări ale morfologiei şi tulburări ale semanticii grafice (V. Predescu, 1974, pag 167). Sintetizând datele din literatura de specialitate, C. Enăchescu (1966, pag. 466), referindu-se la tulburările de scris, ca facând parte din patologia neuropsihiatrică, le împarte în patru mari grupe:

1. Tulburări de scris, consecutive unor leziuni neurologice sau sechelelor acestora:
   a) tulburările de scris din sindromul piramidal (plegii brahiale, hemiplegii drepte, boala Little etc);
   b) tulburările de scris din sindromul extrapiramidal (boala Parkinson, coreea, parkinsonismul, atetoza, hemibalismul etc);
   c) tulburările de scris din sindromul cerebelos.
2. Tulburări de scris, prin leziunea centrilor fazo-praxici:
   a) tulburările de scris, din afazie;
   b) tulburările de scris, din apraxie.

3. Tulburările de scris din sindroamele excitomotorii și din lalonevroze (modalități patologice adesea asociate):
   a) tulburări de scris din sindroamele excitomotorii (ticul, crampa scriitorului);
   b) tulburările de scris din lalonevroze (disgrafia dislalică etc).
4. Tulburările de scris din psihoze (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, epilepsie, stări confuzionale, deliruri cronice sistematizate, alcoolismul cronic, oligofrenii etc).

Autorul citat consideră că din aceste tulburări de scris, scrisul la schizofrenici reprezintă un aspect psihografologic particular, ce se concretizează în forme de paragrafie, neografie, disgrafie și mâzgăleală.

Referindu-se la formele alexiei și agrafiei și luând ca bază centrii limbajului din scoarța cerebrală, J. M. Nielsen ajunge la concluzia că agrafiile se clasifică în angulară, ideokinetică apraxică parietooccipitală, apraxică, ideokinetică, de origine caloasă, apraxică a celei de-a treia circumvoluții frontale, de formulare, apraxică a celei de-a doua circumvoluțiuni frontale și de capsulă externă, iar alexiile pot fi verbale occipitale agnozice, verbale agnozice angulare, angulară agnozică muzicală, angulară agnozică literală, verbală agnozică temporală, semantică temporală, parietală agnozică, numerală, agnozică de capsulă externă, agnozică tactilă parietală, agnozică a celei de-a treia circumvoluții frontale și semantică a celei de-a treia circumvoluții frontale. De fapt harta ariilor limbajului, formulată de Nielsen încă din 1946 și care stă la baza clasificării de mai sus, a fost validată de cercetările clinice ale mai multor specialiști, printre care și de școala lui Penfield.

Deși tulburările de scris sunt mai evidente și mai semnificative pentru modificările din structura personalității bolnavilor psihici, din observațiile noastre rezultă că ele sunt însoțite, în majoritatea cazurilor, și de tulburări ale cititului, mai cu seamă cele care privesc latura semantică și de păstrare a fluenței. ***Dintre cele mai reprezentative forme ale tulburărilor citit-scrisului, în bolile psihice, le enumerăm pe acelea care privesc forma și conținutul activității lexico-grafice: înțelegerea celor citite sau scrise este aleatorie, ideea nu este analizată în contextul dat, se recitesc rândurile odată parcurse sau se sare peste unele, scrisul este oscilant, tremurat, colțuros, grafemele inegale, nu respectă direcția, se suprapun unele grafeme, apar întreruperi și unele desene sau figuri care încarcă***

pagina de scris; poate avea şi forma de ghirlandă, caracteristică ce nu se întâlneşte la alte categorii de logopaţi, de asemenea, scrisul şi citirea ca în oglindă etc. (fig.40).

Fig. 40. Scrisul unui tânăr de 19 ani, cu diagnosticul de schizofrenie

Dacă raportăm tulburările grafice ale bolnavilor psihici la cele şase categorii descrise de J. De Ajuriaquerra şi colaboratorii (1980), categorii care cuprind scrisul rigid, deslânat, impulsiv, neîndemânatic, lent şi dezorganizat, pornind de la consideraţii de dezvoltare motorie, orientare şi organizare spaţială, dominanţă cerebrală şi preferinţă manuală, evoluţie afectivă, observăm că în deteriorările psihice găsim toate aceste caracteristici prezente la copiii disgrafici. ***În fapt, tulburările citit-scrisului, la bolnavii psihici, se remarcă printr-o tendinţă de regres şi întoarcere la un infantilism accentuat.*** Dar şi în acest plan se manifestă o anumită instabilitate a tulburărilor de citit-scris, deoarece ele sunt legate de perioadele de criză sau (să-i zicem) de liniştire a bolii. În plus, o serie de factori, cu o semnificaţie redusă şi fără importanţă pentru omul normal, pot determina modificări fundamentale ale citit-scrisului, modificări care se referă nu numai la

formă, dar şi la înțelegere, semnificație, la semantica procesului lexico-grafic.

În cadrul tulburărilor scris-cititului la bolnavii psihici, o atenție aparte trebuie acordată scrierii şi citirii în oglindă, ele având o frecvență mai mare, comparativ cu logopații cu intelect normal sau chiar cu deficiențe senzoriale ori de intelect. Deşi au fost făcute multe speculații cu privire la faptul că, în special, scrisul în oglindă este apanajul, în primul rând, al oamenilor ce au o preferință manuală stângă, însoțită de dominanța emisferei drepte, cercetările clinice nu aduc fapte suficient de grăitoare în această direcție. Dacă aşa ar sta lucrurile, atunci citit-scrisul în oglindă ar trebui să fie la fel de frecvent la toate categoriile de logopați, pe linie lexico-grafică, ce sunt stângaci cu dominanța emisferei drepte; în realitate, acest fenomen apare numai la unii subiecți. În schimb, este adevărat că citit-scrisul în oglindă are o frecvență mai mare la stângaci față de dreptaci. Pe bună dreptate, P. Abély şi J. Delatre subliniază că scrierea şi citirea în oglindă nu este specifică stângăciei, deoarece fenomenul poate apărea şi la dreptaci. J. De Ajuriaguerra, R. Diatkine şi H. Gobineau raportează scrierea în oglindă la neputința de a-şi însuşi direcția de scris şi la existența unor leziuni corticale, de obicei parietale, care impulsionează scrierea cu mâna de la dreapta la stânga (scriere în oglindă). Cu toate aceste rezerve, „scrierea în oglindă poate apărea ca simptom în unele boli mentale; s-a observat, câteodată, în delirul cronic. În cursul unor anumite afazii cu agrafie, scrierea în oglindă este prima încercare de scris"(Z.Caraman,Gh.Pendefunda,1965,pag.1).

De cele mai multe ori, scrisul în oglindă este însoțit de citirea în oglindă şi o atare lectură se efectuează atât la scrisul propriu, cât şi la cel normal. Subiectul nu-şi dă seama de fenomenul respectiv, decât dacă i se atrage atenția şi dacă îi favorizează conştiința de sine.

Două aspecte generale se impun observației noastre pentru scrisul în oglindă: a) scrisul în oglindă (şi cititul în oglindă) nu se prezintă, ca fenomen unic, izolat ci face parte dintr-un complex de tulburări ale limbajului citit-scris, caracteristici la care ne-am mai referit şi b) scrisul în oglindă nu poate fi redus numai la direcția de scriere, de la dreapta la stânga, deoarece, mai ales în cazul cifrelor, simbolul grafic poate fi executat şi invers, orientat exact cum se reflectă într-o oglindă aşezată în fața scriitorului normal, şi din aceste motive, pentru subiectul obişnuit, cititul se realizează facil prin întoarcerea paginii de scris a logopatului.

În acelaşi timp, constatăm că toate caracteristicile tulburărilor lexico-grafice descrise la bolnavii psihici, cu toată marea varietate, se subsumează celor patru mari categorii clasice: alexie-agrafie şi dislexie-disgrafie.

Dacă bolile psihice determină o serie de tulburări în cadrul comportamentului lexico-grafic, trebuie arătat că, într-o anumită proporţie, fenomenul se manifestă şi invers. Este vorba de faptul că tulburările citit-scrisului, şi în special cele mai accentuate, pot determina unele reacţii psihonevrotice. Majoritatea acestor reacţii fac parte din psihopatologia marginală, dar ele se pot agrava, cu timpul, în direcţia modificărilor psihice şi a depersonalizării logopatului. Dintre cele mai frecvente handicapuri cu caracter psihopatologic, ce pot fi determinate de stabilitatea crescută şi durabilitatea în timp a tulburărilor de citit-scris, enumerăm pe următoarele: scăderea voinţei şi a motivaţiei pentru activitate, scăderea interesului faţă de activitate şi accentuarea acestuia pentru instinctele sexuale, accentuarea duritǎţii şi a cruzimii, creşterea infracţionismului şi a delincvenţei, tulburări de afectivitate, de dezvoltare, de gândire, de memorie, de atenţie, de imaginaţie, exacerbarea inhibiţiei şi excitaţiei în plan motor şi verbal, deprivare auditivă, vizuală şi motorie, creşterea impulsivităţii, accentuarea negativismului, a spiritului de dependenţă etc.

Credem că unele fragmente spicuite din scrisorile unui tânăr de 16 ani, cu dislexo-disgrafie, sunt semnificative pentru cele spuse mai sus:

„Îmi spuneţi să vă relatez cât mai amănunţit în legătură cu suferinţa mea. Ei bine nu mă las rugat, dacă manifestaţi atâta curiozitate. Mi se pare că pe zi ce trece scriu şi citesc tot mai prost. Pentru aceasta, am întrerupt şi şcoala; nu mai vreau să fiu de râsul colegilor şi a cadrelor didactice care nu manifestă nici un fel de indulgenţă faţă de suferinţa mea. Dacă nu părăseam eu şcoala, tot mă dădeau afară, pentru că în ultimele zile am bătut doi colegi destul de rău şi am adus injurii unui profesor. Mai grav este că nici acasă nu am zile bune; ai mei nu vor să creadă că eu nu pot scrie şi citi ca toţi ceilalţi oameni. Spun că sunt leneş, că nu vreau să muncesc, că fac pe nebunul, că sunt obraznic şi că trăiesc degeaba. Ce să fac? Îmi vine sămi iau lumea-n cap!

....

Iată-mă fugit de acasă de mai bine de o lună. Hoinăresc şi trăiesc din te miri ce. Am reuşit chiar mai mult să fac! Până acum am furat de trei ori şi am făcut câteva scandaluri publice. Acum, că sunt la poliţie, probabil că mă vor duce acasă sau cine ştie?

....

Vă scriu din nou pentru că am impresia că sunteţi singurul om care mă înţelegeţi! Cred că iar trebuia să plec de acasă, dacă nu faceţi ceva pentru mine pentru a scăpa şi eu de această nenorocire. Am auzit că se pot înlătura asemenea suferinţe. Aşa este? De fapt, dv. mi-aţi confirmat acest lucru.

În ultimul timp, sunt foarte nervos şi nu îmi mai arde de nimic. Ce să fac? Mă cert cu toată lumea. Parcă m-am prostit de tot. Nu mai am linişte, sunt într-o continuă agitaţie pentru care, cred, nu mai pot dormi bine şi sunt tot timpul obosit. Nu mai ţin bine minte unele lucruri şi îmi trec prin cap tot felul de bazaconii. Cred că a să înnebunesc până la urmă. Nici nu ştiu ce să mai fac? Aştept un sfat. Poate mă veţi convinge să încep o activitate serioasă şi să scap de această belea!"

În literatura de specialitate, mai ales în cea anglo-saxonă, se acordă o importanţă aparte problemelor infracţionismului şi delincvenţei la persoanele care suferă de dislexo-disgrafie. Von Holstein, judecător la Înalta Curte a Danemarcei, a întreprins un studiu al corelaţiei dintre asemenea tulburări şi înclinaţia criminală şi a ajuns la concluzia că este necesară o recunoaştere medico-legală a handicapului provocat de „cecitatea verbală", iar Edmund Critchley (1968) s-a interesat de relaţia dintre dislexie (unde include şi disgrafia) şi delincvenţa juvenilă, cu care ocazie a cercetat un lot de 106 băieţi, prospectiv şi 37, retrospectiv, cuprinşi în limitele vârstei de 12-17 ani; el subliniază că 60% din subiecţii delincvenţi aveau întârzieri în citire cu peste 2 ani faţă de vârsta lor cronologică, în timp ce la 40% întârzierea era cu peste 3 ani (citat după M. Critchley, 1972, pag.98). Comportamentul delictual este pus pe seama tulburărilor de personalitate pe care le provoacă handicapurile citit-scrisului asupra cărora vom reveni, sau slaba evoluţie şi dezvoltare a personalităţii.

Totuşi, faţă de asemenea comportamente aberante, determinate de tulburările citit-scrisului, se impune să manifestăm unele rezerve, ţinând seama şi de faptul că, în mod obişnuit (mai ales în lipsa unor

cauze organice), printr-o instruire simpatetică şi adecvată, prin folosirea unor metode şi procedee logopedice specifice, handicapurile lexico-grafice sunt trecătoare. Dovada o constituie şi impresia, lăsată unora, că personalităţi, ca Edison, Lawrence Lowell, William James, Albert Einstein, Hans Christian Andersen au fost „ex-dislexici”(M.Critchley, 1972, pag. 100).

Capitolul XIII

METODE ŞI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA DISLEXO-DISGRAFIEI

1. Cadrul general de referinţă

Ca şi tulburările de pronunţie, dislexo-disgrafia poate fi înlăturată prin folosirea unei metodologii cu caracter terapeutic adecvat. Dar succesul în activitatea educaţional-recuperativă nu depinde numai de alegerea corectă a metodelor şi procedeelor terapeutice, ci şi de o serie de alţi factori obiectivi şi subiectivi. Aceştia vor fi analizaţi în cele ce urmează, odată cu metodele şi procedeele pe care le considerăm cele mai eficiente şi pe care noi le-am elaborat şi validat în activitatea de terapie logopedică. Nu avem pretenţii să fim exhaustivi, pentru că specialiştii în terapie folosesc cu siguranţă şi alte metode, iar noi ne-am propus să îmbogăţim metodologia terapeutică, printr-o contribuţie personală ce are la bază activitatea practică desfăşurată cu ani în urmă.

În altă ordine de idei, nu credem că mai este nevoie să subliniem oportunitatea corectării tulburărilor de citit-scris. Este suficient, doar, să menţionăm un singur aspect şi anume acela că dislexo-disgrafia are un impact negativ chiar mai mare, decât tulburările de pronunţie, asupra activităţii şcolare şi a celor intelectuale, în general. Aceste aspecte justifică atenţia pe care o acordăm terapiei dislexo-disgrafiei, cât şi intenţia noastră de a da o unitate logică şi eficientă metodologiei terapeutice.

Ca atare, în corectarea disgrafiei şi dislexiei trebuie să se aibă în vedere câteva obiective mai importante în raport de care se adoptă metodele şi procedeele cele mai adecvate. Dintre acestea, enumerăm următoarele:

- simptomatologia şi diagnosticul logopedic diferenţial;
- natura etiologiei dislexo-disgrafiei;
-dacă tulburările de scris-citit sunt dublate de o altă deficienţă (de intelect, senzorială, psihică etc.);
- dacă mai sunt şi alte tulburări ale limbajului la acelaşi subiect şi ce raport există între acestea şi tulburările citit-scrisului;
- nivelul dezvoltării psihice a logopatului;
-rezultatele şcolare ale logopatului şi impactul dislexo-disgrafiei asupra randamentului;
- în ce relaţii se află logopatul cu colectivul şi cu părinţii;
- vârsta logopatului;
- nivelul de dezvoltare a limbajului, în general;
-relaţia dintre motricitate şi limbaj, nivelul psihomotricităţii şi al achiziţiei deprinderilor lexo-grafice;
- specificul dominanţei şi al lateralităţii;
-caracteristicile percepţiei auditive şi vizual-kinestezice;
-specificul orientării spaţio-temporale;
-reflectarea tulburărilor de limbaj în planul personalităţii şi comportamentului;
- motivaţia pentru activitate, în general, şi pentru corectarea dislexo-disgrafiei , în special.

Ţinând seama de aceste considerente, întreaga terapie a tulburărilor citit-scrisului va fi centrată pe formarea deprinderilor corecte şi pe înlăturarea celor deficitare, pe stimularea activităţii psihice şi pe dezvoltarea personalităţii. Ca şi în cazul corectării altor tulburări ale limbajului, şi în terapia dislexo-disgrafiei se pot folosi două categorii de metode şi procedee:

Metode şi procedee cu caracter general şi
Metode şi procedee cu caracter specific logopedic.

2. *Metode şi procedee cu caracter general*

După cum am văzut, această categorie vizează, indirect, corectarea disgrafiei şi dislexiei, dar ele sunt cel puţin tot atât de importante ca în tulburările de pronunţie, deoarece, pe de o parte, pregătesc subiectul, din punct de vedere psiho-fizic, pentru aplicarea metodologiei specific logopedice, iar pe de altă parte, fortifică organismul (fizic şi psihic) şi facilitează efectele acţiunii metodelor din categoria celor specifice. Ca în toate cazurile, multe din aceste metode şi procedee se pot efectua sub formă de joc (în funcţie de vârsta subiectului) sau li se pot imprima un caracter de distracţie – relaxare şi înlăturare a oboselii. De remarcat este faptul că, şi dacă această categorie are tot un caracter general, pentru a veni în sprijinul terapiei specifice, ea dobândeşte o conotaţie aparte, menită să stimuleze şi să dezvolte unele componente ale activităţii implicate în achiziţia corectă a citit-scrisului. Pentru aceasta, ne vom referi, în continuare, numai la acele aspecte care sunt legate de dezvoltarea abilităţilor lexico-grafice. În categoria respectivă pot fi menţionate nenumărate procedee, dar le vom analiza pe acelea care au o legătură mai mare cu formarea deprinderilor corecte de citit-scris sau care devin condiţii în corectarea dislexiei şi disgrafiei.

A. Exerciţii pentru dezvoltarea musculaturii degetelor şi a mâinii

Aceste exerciţii au o importanţă deosebită pentru formarea mişcărilor fine ale degetelor şi mâinilor, ceea ce contribuie la o mai bună ţinere a instrumentului de scris, la evitarea oboselii şi la alunecarea facilă pe foaia de scris, iar ca efect, creşterea vitezei acţiunii şi adoptarea unei scrieri „silenţioase". De obicei, exerciţiile respective sunt îmbinate cu adoptarea poziţiei corecte de scris şi de relaxare, nu numai a degetelor şi mâinilor, dar şi a întregului corp. Aceste exerciţii sunt cu atât mai necesare cu cât avem în vedere şi marea varietate a deficienţelor motorii, a celor psihomotorii, determinate de leziunile sistemului nervos central, a dereglărilor cinetice şi tonice, a dezorganizării mişcărilor şi modificărilor sincineziilor. Ca urmare, aceste handicapuri provoacă, frecvent,

tulburări grafo-motorii, a căror înlăturare se impune cât mai de timpuriu, deoarece altfel capătă o rezistență deosebită la corectare. Toate exercițiile trebuie să contribuie la sincronizarea grupelor de mușchi antrenați în actul scrierii, ceea ce va duce la realizarea acestui deziderat. Pentru formarea vorbirii cursive, în general, și a citit-scrisului, în special, este bine ca aceste exerciții să se desfășoare sub o formă ritmică. O asemenea necesitate devine evidentă, dacă avem în vedere că desfășurarea normală a limbajului este, prin excelență, ritmică, ca și a principalelor acțiuni umane automatizate sau în curs de automatizare.

La deficienții de limbaj, dar mai cu seamă la cei cu tulburări lexico-grafice, la care există o etiologie bazată pe insuficiențele sau infirmitățile motorii cerebrale, grupa exercițiilor de dezvoltare a musculaturii degetelor și a mâinii trebuie extinsă sau îmbinată cu exercițiile fizice generale. O mare importanță o au acestea din urmă pentru fortificarea generală a organismului, dar și pentru combaterea handicapurilor de motricitate, de slabă organizare spațio-temporală și pentru dezvoltarea mișcărilor fine și sincronizate. Pe aceeași direcție, când avem de-a face cu tulburări ale cititului și scrisului, determinate de fenomene dislalice, rinolalice, disartrice etc., ori sunt manifestări în reflectarea transpunerii acestora în planul lexico-grafic, exercițiile pentru dezvoltarea aparatului fonoarticulator al emisiei verbale, asupra cărora nu insistăm, deoarece ele au fost prezentate în terapia dislaliei, devin tot mai necesare.

Exercițiile de dezvoltare a musculaturii degetelor și a mâinii se pot desfășura în forme variate, începând cu mișcări ritmice de întindere și strângere a degetelor ori de întindere a brațelor și scuturarea lor, astfel încât să se transmită vibrația pe întreaga fibră musculară până la cele mai complexe forme ce se utilizează în terapiile de relaxare. În funcție de vârsta copilului, se poate introduce jocul cu scopul de a stimula efectuarea exercițiilor respective. Astfel, prinderea și apucarea mingii, menținerea, pe o perioadă de timp, atârnat de o bară ori de o frânghie, trasarea cu degetul a unor contururi precise într-o ladă cu nisip, întinderea corpului paralel cu podeaua și sprijinirea pe mâini și vârful picioarelor, pentru executarea flotărilor etc., sunt numai câteva din procedeele ce se pot folosi cu eficiență sporită. În același timp, se pot utiliza o serie de exerciții mai specializate pe direcția dezvoltării musculaturii mici a degetelor și mâinii, concomitent dezvoltându-se și capacitățile perceptive și

cinetice. Dintre acestea, exemplificăm câteva care ni se par mai importante:
- închiderea şi deschiderea alternativă şi ritmică a degetelor;
- apropierea şi îndepărtarea alternativă şi ritmică a degetelor;
- mişcarea degetelor prin imitarea cântatului la fluier sau la pian;
- trasarea cu degetul, în aer, a literelor;
- trasarea cu degetul, pe o sticlă, a literelor;
- decuparea şi colorarea literelor;
- strângerea ritmică a dinamometrului sau a unei mingi de cauciuc;
- scrierea grafemelor după conturul model;
- desenarea diferitelor figuri geometrice ori trasarea contururilor lor;
- modelajul în lut sau plastilină ş.a.

Aceste exerciţii se pot folosi şi în etapa preabecedară, caracteristică copiilor preşcolari, cu scopul de a preveni eventualele tulburări lexico-grafice şi de pregăti mâna pentru scris, ca şi pentru evitarea oboselii. Programele de grădiniţă conţin, direct sau indirect, activităţi ludice, menite să contribuie la dezvoltarea generală a motricităţii, inclusiv a celei legate de kinestezia mâinii.

B. Educarea şi dezvoltarea auzului fonematic

Spre deosebire de auzul fizic, auzul fonematic priveşte capacitatea de a identifica şi diferenţia sunetele limbii, de a distinge între sunet şi literă, între sunet şi reprezentarea sa grafică. Metodele şi procedeele de dezvoltare a auzului fonematic devin extrem de acute, în cazurile în care tulburările lexico-grafice apar pe baza unei vorbiri deficitare şi, mai ales, a deficienţelor de pronunţie. Existenţa tulburărilor auzului fonematic, sau slaba dezvoltare a acestuia, determină dificultăţi nu numai la nivelul emisiei, dar şi la cel al discriminării literelor şi reprezentării lor în planul grafic. Dacă fenomenul este accentuat, dificultăţile se extind la nivelul grupurilor de litere şi chiar al cuvintelor. În astfel de situaţii, dislexo-disgraficul nu conştientizează propriile sale dificultăţi şi nu reuşeşte să efectueze comparaţii corecte între produsele sale lexico-grafice şi cele ale unui subiect normal. Ca urmare, autocontrolul auditiv este simplificat, şi pe baza lui nu se poate realiza o coordonare sincronizată cu cel de la nivelul aparatului motrico-kinestezic. Pe măsura obţinerii unor rezultate pozitive, în dezvoltarea auzului fonematic, se îmbunătăţesc, în special, cititul şi scrierea după dictare.

Dezvoltarea auzului fonematic, la copiii preşcolari şi la cei cu debilitate mintală, se poate face, sub formă de joc, prin recitarea cu intonaţie a unor poezioare scurte sau prin ghicirea vocii unor copii pe care nu-i vede. Folosirea cuvintelor paronime este deosebit de eficace la toate vârstele. Acestea contribuie la diferenţierea sunetelor asemănătoare, ca pronunţie şi poziţie a aparatului fonoarticulator, în emiterea lor, ca şi diferenţierea grafemelor ce au structuri optice apropiate. Este indicat ca logopedul să aibă la îndemână un set de cuvinte pe care să-l poată mânui uşor şi să-l recomande, ca exerciţii, pentru logopat în afara activităţilor logopedice. Astfel de exerciţii se pot efectua după următorul sistem de diferenţiere a cuvintelor paronime:

diferenţierea t-d
tuş-duş
spate – spade
roate – roade
tată-dată
lată-ladă

diferenţierea f-v
vată-fată
var-far
vag-fag
vină-fină

diferenţierea j-ş
jale-şale
jură-şură
prăjit-prăşit
joc-şoc

diferenţierea s-z
sare-zare
sac-zac
varsă-varză
groasă-groază
oase-oaze

diferenţierea p-b
pară-bară
pun – bun
poală-boală
papă-babă
pere-bere

diferenţierea l-r
lac-rac
lege-rege
lamă-ramă
lampă-rampă

diferenţierea g-c
gogoşi-cocoşi
gară-cară
goală-coală

diferenţierea ş-s
şoc-soc
şcoală-scoală
muşcă-muscă
pişc-pisc
laş-las

În acelaşi scop, se pot utiliza exerciţii cu scopul de conştientizare a asemănărilor şi deosebirilor dintre literele de tipar şi reprezentarea lor grafică de mână, alegerea şi diferenţierea sunetelor şi literelor asemănătoare acustico-optic din cuvinte, formarea de cuvinte

din litere şi sunete ce pot fi confundate, sublinierea literelor asemănătoare dintr-un text, perceperea tactil-kinestezică în relief (în alfabetul Braille) a grafemelor asemănătoare, în special pentru nevăzători, pronunţarea unui sunet şi găsirea lui în text, analiza fonetică a cuvântului înaintea scrierii acestuia etc.

C. Educarea şi dezvoltarea capacităţii de orientare şi structurare spaţială

Întregul proces are o însemnătate deosebită deoarece unele tulburări lexico-grafice pot fi determinate, exclusiv, de aceste handicapuri privind orientarea şi structurarea spaţială, iar în altele, cu o etiologie diferită, sunt de cele mai multe ori incriminate. De fapt, chiar în formarea deprinderilor de citit-scris funcţionarea corectă a activităţii de orientare şi structurare spaţială devine condiţie sine qua non, pentru că trasarea semnelor grafice şi urmărirea succesiunii desfăşurării literelor în cuvinte, a cuvintelor în fraze, a succesiunii rândurilor şi respectarea spaţiilor între ele se constituie în faze ale procesului de achiziţie lexico-grafică, peste care nu se poate trece fără riscul de a crea unele dificultăţi.

Prin prevenirea şi înlăturarea tulburărilor de orientare, se pot evita o serie de fenomene ce intervin în tulburările lexico-grafice, cum sunt: inversarea literelor şi a grafemelor (atât în plan orizontal, cât şi în cel vertical), dificultăţile de legare a grafemelor, în scris, şi a literelor, în citit, pentru formarea şi perceperea cuvântului, scrisul şi cititul în oglindă, discontinuitatea în scris şi citit etc. Ca atare, sunt indicate exerciţii care să ducă la conştientizarea raporturilor stânga-dreapta, înainte-înapoi, deasupra-dedesubt, sus-jos şi de corectare a eventualelor agnozii spaţio-vizuale. În acest context, se pot folosi şi exerciţii de fixare a schemei corporale: recunoaşterea şi denumirea diferitelor părţi ale corpului, plasarea diferitelor obiecte în spaţiu, în raport de propriul său corp; să înveţe să stabilească relaţii spaţiale corecte între diferite obiecte, să aprecieze poziţia ocupată de diferite obiecte în mişcare, în raport cu altele sau cu propriul corp, să înveţe să distingă sau să desprindă un obiect sau o fiinţă dintr-un context mai mult sau mai puţin aglomerat etc. (fig. 41).

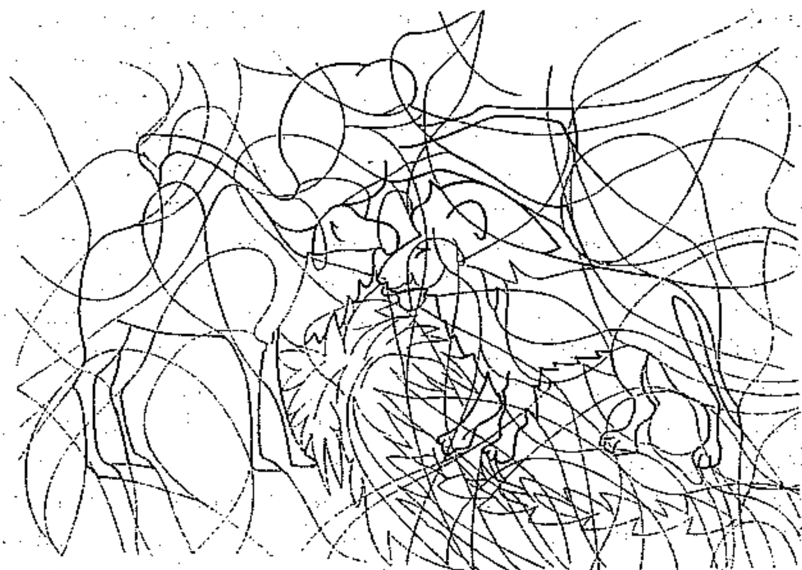


Fig. 41.

Aceste exerciţii sunt deosebit de importante pentru deficienţii de intelect, la care se manifestă dificultăţi majore pe această linie, şi care trebuie, totodată, să-şi însuşească un vocabular corespunzător denumirilor sau reprezentărilor respective. Eficiente se dovedesc, aici, activităţile de analiză a desfăşurării citit-scrisului de la stânga la dreapta şi a distincţiei dintre direcţia scrisului şi direcţia cititului, în Braille, în cazul nevăzătorilor. Se analizează, astfel, fiecare literă şi grafem, poziţia ocupată, în raport cu altele, şi sensul de trasare ori reprezentare în spaţiul foii. În acelaşi timp, se insistă pe formarea deprinderilor de percepere corectă a legăturii dintre litere şi grafeme, dintre sunet şi literă şi dintre sunet şi grafem. În acest scop, se pot folosi exerciţii de pronunţare a sunetului şi a cuvântului şi trasarea corespondentului lor cu degetul, conducerea mâinii copilului şi altele.

Tulburările de structurare spaţială, cu efectele negative în dimensionarea şi plasarea defectuoasă a grafemelor în spaţiul paginii ori de percepere corectă a literelor şi a raporturilor dintre ele, pot fi înlăturate atât prin procedeele descrise mai sus, cât şi prin exerciţii de formare a deprinderilor de reprezentare grafică a unor forme mai simple, la început, cu ajutorul desenului şi al reproducerii figurilor geometrice, folosind beţişoare, conştientizarea caracteristicilor liniei drepte şi ale liniilor paralele, a uniformităţii literelor şi grafemelor, din

„aceeaşi categorie, a respectării distanţei egale dintre grafeme şi cuvintele în scris, a respectării constante a înclinaţiei scrisului sau a verticalităţii acestuia (acolo unde este adoptat) etc. Şi pentru scrisul alb-negru, dar mai cu seamă pentru cel în Braille, elevii trebuie deprinşi să înţeleagă că apăsarea exagerată determină scăderea lizibilităţii şi apariţia unei forme zdrenţuite (mai evidentă în scrisul Braille) şi că, de fapt, fenomenul este urmarea contractării musculare exagerate, ceea ce duce la instalarea oboselii şi la apariţia crampelor. Dacă subiectul a înţeles că în scris, în special, şi în citit, în general, corectitudinea şi estetica procesului se bazează pe evitarea crispării şi a încordării musculare, achiziţia citit-scrisului se realizează într-un timp mai scurt, întrucât se bazează pe mişcările suple ale degetelor şi ale mâinii, pe parcurgerea vizuală atentă a elementelor constituente ale cuvintelor şi propoziţiilor. Alte elemente, ce trebuie luate în consideraţie, sunt cele care privesc poziţia corectă şi constantă a corpului, a caietului de scris şi a cărţii de citit, pentru că altfel ele imprimă inconstanţă în forma grafică şi lexică pe direcţia mărimii, a spaţiului, a modulării, a intensităţii, a respectării spaţiilor dintre grafeme şi a pauzelor dintre cuvinte, a corelării expir-inspir, cu respectarea regulilor ortografice şi ortoepice etc.

Toate aceste exerciţii sunt deosebit de importante pentru toţi dislexo-disgraficii, dar mai cu seamă pentru cei care prezintă tulburări de orientare şi structurare spaţială, ca şi pentru cei cu deficienţe senzoriale, mintale şi psihice. Aceasta, deoarece la dislexo-disgraficii cu deficienţe senzoriale, mintale şi psihice se deregleazǎ mai mult sau mai puţin componentele de orientare şi structurare spaţială, ca urmare a caracteristicilor deficienţei respective şi a etiologiei implicate care pot duce, în sine, şi la disabilităţi în planul la care ne referim.

D. Înlăturarea atitudinii negative faţă de citit-scris şi educarea personalităţii

Ca orice altă tulburare de vorbire, şi dislexo-disgrafia, odată instalată, determină o stare de nelinişte şi teamă de insucces, de penibilitate şi de subapreciere, ceea ce îl face pe subiect să trăiască momente stresante. Repetarea insuccesului şcolar, ca urmare a neputinţei exprimării corecte prin comportamentul lexico-grafic, accentuează starea de oboseală intelectuală şi fizică. Cu timpul, se instalează o hipersensibilitate afectivă şi o stare de repulsie faţă de

procesul instructiv, în general, şi faţă de activitatea de citit-scris, în special. Toate acestea, la un loc, imprimă personalităţii logopatului un aspect negativist, care perturbă relaţiile cu cei din jur şi închiderea în sine, izolarea de anturaj.

Pentru înlăturarea unor astfel de comportamente, cel mai eficace procedeu este acela al psihoterapiei. S-a dovedit că psihoterapia joacă un rol însemnat şi în alte tulburări ale limbajului, în special în bâlbâială şi logonevroză (E. Verza, 1972); deşi nu corectează direct handicapul de limbaj, ea contribuie la instalarea unui echilibru psihofizic, atât de necesar în dezvoltarea personalităţii, şi netezeşte terenul pentru aplicarea metodelor şi procedeelor specific logopedice. Aşadar, psihoterapia se utilizează cu scopul de a înlătura stările psihice conflictuale şi frustrante, determinate de handicapul citit-scrisului. În primul rând trebuie urmărit să se înlăture sentimentul de inferioritate instalat. Subiectul trebuie convins că dislexo-disgrafia poate fi înlăturată şi că încrederea în forţele proprii devine o componentă a succesului. Ca psihoterapia să aibă o eficienţă maximă, ea trebuie să vizeze atât personalitatea logopatului, cât şi comportamentul său lexico-grafic.

Indiferent dacă activitatea psihoterapeutică se desfăşoară individual sau în grup, specialistul trebuie să-i cunoască bine pe cei cu care lucrează, pentru a putea elabora planul discuţiilor, astfel încât nici unul din participanţi să nu aibă impresia că a devenit obiect de studiu. Dar, în acelaşi timp, nu se recomandă nici îndepărtarea de preocupările şi conflictele logopatului care, mai mult sau mai puţin, se impun a fi abordate. Specialistul trebuie să fie pregătit pentru a nu rămâne numai la stadiul discuţiilor, activitatea psihoterapeutică se poate desfăşura şi prin prezentarea unor filme ce conţin imagini liniştitoare şi semnificative, care vor fi însoţite de comentarii, de ascultarea muzicii cu caracter liniştitor şi chiar a utilizării sugestiei şi hipnozei (E. Verza, 1977, pag. 122).

Un loc cu totul aparte, în cadrul tehnicilor de psihoterapie, îl ocupă jocul, mai ales în cazul copiilor de vârstă mică. R. Schilling apelează frecvent la „Jocul curativ logopedic", când le creează copiilor posibilitatea de a se substitui poeţilor, regizorilor şi actorilor. Dar jocul este eficient şi la vârstele mai mari şi chiar la cele adulte. „Jocul oferă copiilor cunoştinţe despre lume şi viaţă, formează şi dezvoltă, în mod direct, capacităţi observative, iar în mod indirect jocul creează o mai mare antrenare, competenţă, deprinderi activate, măreşte capacitatea de înţelegere a situaţiilor complexe, creează

capacităţi de reţinere, dar şi de dozare a forţelor fizice şi spirituale, capacităţi de concentrare, de supunere la contextul unor reguli şi dorinţa de a reuşi în jocurile cu reguli, tensiune afectivă complexă, capacităţi de a rezolva situaţii, probleme de creativitate. Pentru omul adult, jocul procură plăcere, distrează, amuză, dar totodată contribuie la dezvoltarea şi reenergizarea, reantrenarea tonusului, la anularea oboselii, ceea ce justifică utilizarea jocului ca instrument de psihoterapie (Ursula Şchiopu, E. Verza, 1981, pag. 317)."

În scopuri similare, se pot folosi desenul şi dramatizarea; acestea permit pătrunderea în relaţiile complexe ce definesc personalitatea. Dar rămâne ca principală formă a psihoterapiei, începând cu vârsta pubertăţii şi mai ales a adolescenţei, discuţia liberă sau pe o temă dată. Problemele abordate în discuţie trebuie să vizeze înlăturarea unor blocaje afective, redarea încrederii în forţele proprii, îndepărtarea fobiei şi a inerţiei, crearea unor condiţii stimulative şi tonifiante care să ducă la instalarea confortului psihic.

Metodele şi tehnicile psihoterapiei trebuie raportate la o serie de factori ce ţin de structura psihică a logopatului, de condiţiile în care trăieşte şi îşi desfăşoară activitatea, dar şi de simptomatologia şi natura dislexo-disgrafiei. Pornind de la ideea educării întregii personalităţi în care limbajul ocupă un loc aparte, ca manifestare comportamentală, metodologia contemporană a terapiei dislexiei şi disgrafiei mizează, în egală măsură, pe folosirea unor tehnici cu mai multe dimensiuni.

Principala preocupare a specialistului este aceea de a găsi soluţia necesară pentru încurajarea permanentă a logopatului, pentru ca acesta să dobândească încredere în forţele proprii şi să depună un efort conştient în corectarea handicapului respectiv. Prin aceasta, se câştigă şi se dezvoltă colaborarea logopatului şi ataşamentul faţă de activitatea desfăşurată.

3. *Metode şi procedee cu caracter specific logopedic*

Metodele şi procedeele cu caracter logopedic pot fi împărţite sau diferenţiate pe profilul corectării dislexiei ori pe cel al corectării disgrafiei, dar noi preferăm să le prezentăm împreună, din două motive: pe de o parte, o metodă sau un procedeu utilizat în corectarea disgrafiei determină, implicit, obţinerea unor rezultate pozitive şi în

dislexie şi invers, iar pe de altă parte, fiecare logopat se manifestă în mod unic şi specific, fapt pentru care alegerea unei metode sau a alteia, rămâne la aprecierea specialistului. Rezultă că în aplicarea terapiei logopedice nu se poate face abstracţie de particularităţile psihoindividuale ale subiectului şi de modul concret de manifestare a tulburării. Metodele şi procedeele specifice pot fi aplicate concomitent cu cele din prima categorie sau după o anumită perioadă de timp, când se constată efectele pozitive ale celor dintâi. Desigur, în cazurile în care nu există sau nu se manifestă tulburări care să necesite aplicarea metodelor şi procedeelor cu caracter general, activitatea terapeutică va începe direct cu metode şi procedee cu caracter specific logopedic. Important este ca, şi într-un caz şi în celălalt, metodele şi procedeele să fie astfel selectate, încât să vizeze, în egală măsură, atât înlăturarea tulburării de citit-scris, cât şi crearea condiţiilor necesare pentru dezvoltarea personalităţii.

Considerăm că primul principiu general de care trebuie să se ţină seama în terapia specific logopedică a dislexo-disgrafiei, este acela că ori de câte ori avem de-a face cu cazuri la care tulburările lexico-grafice sunt manifestări ale vorbirii orale deficitare, activitatea de corectare trebuie să înceapă cu înlăturarea dislaliei, rinolaliei, bâlbâielii etc, după metodologia cunoscută. Pe măsura obţinerii unor rezultate pozitive în terapia logopedică a tulburărilor vorbirii orale, se va trece la corectarea în planul lexico-grafic. Spre exemplu, dacă un copil prezintă o dislexo-disgrafie, ca urmare a transpunerii tulburărilor de pronunţie în citit-scris, atunci, pe măsura corectării unui sunet, se va urmări imediat şi formarea abilităţilor de reflectare corectă în planul lexico-grafic. În schimb, acolo unde există tulburări uşoare de pronunţie sau de altă natură, corectarea lor este indicat să se facă în paralel cu terapia dislexo-disgrafiei.

Un alt principiu cu caracter general este acela al demarării activităţii terapeutice cât mai de timpuriu şi odată cu manifestarea primelor elemente cu caracter disgrafic sau dislexic. Această necesitate decurge, printre altele, din faptul că trebuie împiedicate, pe cât este posibil, formarea şi consolidarea unor deprinderi greşite ca şi evitarea unor eşecuri repetate şcolare sau sociale, deoarece dislexo-disgrafia îşi pune pecetea negativă pe afirmarea personalităţii.

În fine, un alt principiu general, de care trebuie să ţină seama fiecare specialist, este acela al formării şi dezvoltării, la logopat, a deprinderilor de analiză-sinteză, atât în planul lingvistic, cât şi în cel logic. Când subiectul reuşeşte să efectueze, în mod conştient, analiza

şi sinteza cuvântului şi a propoziţiei, activitatea sa lexico-grafică se îmbunătăţeşte în mod evident.

C. Calavrezo (1967, pag. 236-239) este de părere că, de fiecare dată, în terapia dislexo-disgrafiei, logopedul trebuie să aibă în vedere o serie de principii generale care vor direcţiona întreaga sa activitate. Dintre acestea, noi le considerăm, ca fiind mai importante, pe următoarele:

- corectarea cât mai de timpuriu a dislexo-disgrafiei, la vârstele mici sau imediat după manifestarea ei;
- învăţarea citit-scrisului va fi uşurată prin corectarea dislexo-disgrafiei;
- exerciţiile efectuate pentru corectare trebuie să fie individualizate, în raport de posibilităţile subiectului şi de gravitatea tulburărilor lexico-grafice;
- câştigarea colaborării şi a participării active a logopatului la activitatea terapeutică;
- obţinerea colaborării părinţilor, în scopul supravegherii atente a subiectului, pentru continuarea exerciţiilor şi în afara cabinetului logopedic;
- obţinerea colaborării învăţătoarei, a educatoarei şi a profesorului în vederea manifestării tactului şi a îngăduinţei necesare faţă de subiectul dislexo-disgrafic;
- exerciţiile efectuate pentru corectarea disgrafiei şi a dislexiei să se bazeze, pe cât posibil, pe materialul pe care îl foloseşte subiectul în şcoală sau în activităţile profesionale.

În cadrul metodelor şi procedeelor pentru corectarea disgrafiei şi a dislexiei insistăm, în mod special, asupra acelora pe care le considerăm eficiente la specificul limbii române (dar ele dau rezultate pozitive şi pentru logopaţii de altă limbă) şi pe care noi le-am folosit şi verificat în practica logopedică. Dintre acestea, merită o atenţie aparte următoarele:

1. ***Obişnuirea logopatului să-şi concentreze activitatea psihică, şi în primul rând gândirea şi atenţia, asupra procesului de analiză şi de sinteză a elementelor componente ale grafo-lexiei.*** În acest sens, mai ales pentru început, se pot face şi o serie de exerciţii, folosind un material variat (în afara citit-scrisului propriu-zis), chiar de tipul unor probe de atenţie (fig. 42).

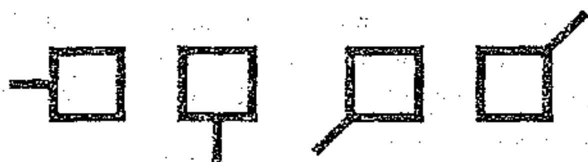


Fig. 42.

Odată cu trecerea la citit-scris, subiectul va fi învățat să efectueze descompunerea elementelor grafice și lexice din care este format cuvântul, și apoi propoziția; totodată, va trebui să realizeze unificarea lor pentru a le putea reda în mod unitar și cursiv în citit și scris. O atare metodă dă rezultate rapide, dacă este combinată cu formarea deprinderilor de înțelegere și respectare a regulilor

gramaticale. Cum scrierea contribuie la formarea deprinderii de a citi, iar exercițiile repetate de citire înlesnesc trecerea din planul fonetic în cel grafic şi dezvoltă vocabularul, devine oportună nu numai analiza şi sinteza elementelor componente ale cuvintelor şi propozițiilor, dar şi a unităților sintagmatice cu sens.

Această metodă se aplică cu mai multă dificultate la deficienții de intelect, deoarece, în general, disgrafia şi dislexia se corectează mai greu decât la logopatul cu intelect normal, dar şi pentru marea labilitate afectivă care imprimă activității inconstanță, iar mişcărilor implicate în grafo-lexie, lipsă de precizie, slabă coordonare şi proastă ritmicitate. Or, tocmai aceste dificultăți imprimă citit-scrisului lipsa de estetică, nerespectarea direcției de scris, sărirea rândurilor, ilizibilitatea etc.

Se remarcă faptul că formarea, la copil, a capacității de analiză fonetică literală şi verbală, ca şi dezvoltarea posibilității de sinteză fonetică literală şi verbală, facilitează despărțirea propozițiilor în cuvinte şi a cuvintelor în litere şi sunete şi, respectiv, unirea literelor şi a sunetelor în cuvinte şi a cuvintelor în propoziții, ceea ce ne determină să afirmăm că aceasta nu numai că este o metodă specifică, în terapia tulburărilor grafo-lexice, dar că ea constituie şi un procedeu eficient de prevenire a acestora. Dintre toate tipurile de dislexo-disgrafii, cele care au o caracteristică fonematică se corectează mai uşor cu această metodă. Dacă avem în vedere limitele procesului de analiză şi sinteză corticală la handicapații de intelect, şi chiar la cei senzoriali, mai cu seamă la cei de auz, atunci înțelegem că asemenea dificultăți pot constitui condiții de bază în manifestările dislexo-disgrafiei şi în împiedicarea achizițiilor limbajului, în general.

2. Formarea la logopat a capacității de conştientizare a erorilor tipice dislexo-disgrafice. Această metodă determină rezultate pozitive, mai cu seamă la subiecții cu intelect normal şi la cei cu handicapuri senzoriale, şi mai puțin la cei cu debilitate mintală sau la cei cu tulburări psihice. Odată formată o asemenea capacitate, prin atenționarea frecventă asupra greşelilor tipice, subiectul învață să-şi controleze, în plan mintal şi acțional, întreaga activitate necesară manifestării comportamentului lexico-grafic şi astfel, încetul cu încetul, capătă posibilitatea de a evita erorile pe care le comitea în mod obişnuit. Întotdeauna atenționarea subiectului asupra greşelii comise trebuie să fie însoțită şi de indicarea corectă a felului cum se citeşte sau se scrie. Solicitarea să imite modelul ideal şi repetarea

acțiunii, până când dispare greșeala, duce la bătătorirea legăturilor nervoase, ce devin condiții indispensabile formării deprinderilor, și la trăirea, în plan psihic, a satisfacției comportamentelor corecte. Exemplificarea cu scrierea și citirea diftongilor, a triftongilor și a cuvintelor compuse, la care apar, de obicei, greșeli tipice pentru fenomenele dislexo-disgrafice, contribuie la formarea capacității de conștientizare și la crearea posibilității de a extinde și transfera schemele complexe însușite la cele simple, particulare. În caz de omitere sau substituire a unor litere, în scris, se poate folosi și procedeul de a întreba subiectul de la ce cuvânt vine sunetul respectiv (se face apel la cuvinte uzuale și cunoscute). De exemplu, când subiectul omite sau înlocuiește litera c, va fi solicitat să denumească cuvinte care încep cu sunetul c (casă, cadă ș.a.). Și folosirea șirurilor de cuvinte se dovedește eficientă, întrucât contribuie la formarea asociațiilor dintre foneme și grafeme, cât și la diferențierea lor.

Pentru realizarea legăturii dintre percepția acustică și forma sa optico-kinestezică, se va realiza diferențierea fonemului de grafem și reprezentarea acestora în plan acustic și optic, ceea ce va contribui la dezvoltarea capacității de conștientizare a eventualelor erori. Ca urmare, percepția devine suport și catalizator pentru dezvoltarea proceselor superioare de cunoaștere.

3. Dezvoltarea capacității de sesizare a relației dintre fonem-grafem, literă-grafem și fonem-literă. Un asemenea deziderat devine foarte acut, mai cu seamă în tulburările limbajului scris-citit, apărute pe baza handicapurilor vorbirii orale ca fenomen de transpunere, extindere și contaminare a tuturor palierelor ce fac parte din subsistemul respectiv. La dislexo-disgrafici, relațiile enunțate, fie că sunt necunoscute, fie că sunt uitate adeseori, fie că se confundă și nu se pot realiza legăturile dintre planurile acustic și optic, dintre cele acustic și kinestezic.

Pentru dezvoltarea unei asemenea capacități, se pot utiliza o serie de procedee. Astfel, se citește de către logoped, în prima etapă, un text, și de câte ori este întâlnită litera sau literele afectate, subiectul urmează să le semnalizeze sau să le sublinieze. Ulterior, le va reproduce în scris. Avantajul este acela că are modelul corect pentru citire și, totodată, se realizează controlul în efectuarea acțiunii corecte pe baza căruia, cu timpul, se ajunge la autocontrol. În a doua etapă, logopatul citește singur textul, sub supravegherea logopedului, și își subliniază literele sau cuvintele la care întâmpină dificultăți, ca apoi să

le transpună corect în scris. În același scop, se realizează o povestire de către logoped sau de către subiect, și ori de câte ori se ajunge la sunete sau cuvinte afectate, ele sunt semnalate într-un text dat și se reproduc în scris. Procedeul este eficient și când se recurge la un demers invers, adică erorile făcute, în scris, sunt subliniate într-un text dat sau pe cel realizat de subiect.

În corectarea dislexo-disgrafiei este indicată, cu aceleași rezultate pozitive, folosirea procedeului de citire a unor litere, a grupurilor de litere și cuvinte, după principiul de la simplu la complex, de pe scheme-planșe, alcătuite dinainte; apoi ele vor fi reproduse în scris. Aceasta se poate face cu modelul în față sau în lipsa acestuia. De asemenea, se pot folosi imagini cu denumiri de lucruri și ființe, ori cu acțiuni umane, izolate sau în suită, astfel încât să-i sugereze și să-l solicite pe copil să le verbalizeze prin cuvinte, pe care le putem denumi critice. La imaginile mai dificil de evocat, se poate scrie începutul denumirii sau chiar rezumatul povestirii, care să-i sugereze subiectului desfășurarea unui comportament verbal mai complex. Procedeul este optim în cazul intelectului normal, dar deosebit de eficace în cazul logopaților cu deficit de intelect și de auz. Cu rezultate similare, pentru deficienții de vedere, se va utiliza imaginea în relief a diferitelor obiecte și acțiuni. Avantajul acestui procedeu constă nu numai în stimularea conduitei verbale, în general, dar și în faptul că se obține o mai bună coordonare pe linia celor trei analizatori implicați în scris-citit: acustic, optic (când există posibilitatea unor vizualizări, fie și reduse) și kinestezic.

Prin toate aceste procedee, logopatul își dezvoltă capacitatea de a sesiza legăturile dintre fonem-grafem, fonem-literă și literă-grafem în planul perceptiv, pe de o parte, iar pe de altă parte, în cel al reprezentării și al gândirii.

4. ***Dezvoltarea capacității de discriminare auditivă, vizuală și kinestezic-motrică.*** Această metodă se poate realiza prin folosirea unor procedee care să stimuleze și să faciliteze analiza și sinteza fonetică a structurii cuvintelor și propozițiilor. Rezultatele sunt mai bune, dacă se folosesc, inițial, cuvinte mono- și bisilabice, ca în final să ajungă la cele polisilabice. Pentru a fixa mai bine imaginea vizuală a despărțirii cuvintelor în silabe, se poate folosi scrierea colorată, cu una sau mai multe culori. Metoda lui S. Borel –Maisonny, de copiere a unor serii de cuvinte grupate pe principiul structurii gramaticale asemănătoare (substantive, verbe, adjective etc), se dovedește a fi

eficientă din acest punct de vedere. Cu scop asemănător se pot folosi dictarea şi citirea de propoziţii şi fraze scurte, ca apoi să se treacă la autodictări şi la corectarea acestora cu ajutorul subiectului. Prin antrenarea activă a subiectului la corectarea propriului scris, se realizează o mai bună fixare a greşelilor tipice, şi astfel învaţă să le elimine, dar şi să aprecieze, din punct de vedere valoric, corectitudinea şi estetica scrisului.

Cu bune rezultate, în dezvoltarea capacităţii de discriminare, se pot folosi comparaţiile pentru distingerea asemănărilor şi deosebirilor dintre diferite grafeme şi litere, pe de o parte, iar pe de alta, dintre diferitele sunete din aceeaşi categorie. În felul acesta, se va apela la grafeme şi litere asemănătoare, din punct de vedere vizual şi kinestezic (p-b-d, m-n, s-ş) sau după componenta auditivă (z-j, s-ş, f-v), cu scopul de a contribui la fixarea şi întărirea legăturilor nervoase pentru consolidarea formelor corecte.

5. ***Dezvoltarea şi perfecţionarea abilităţilor de citit-scris.*** Există o serie de metode şi procedee care contribuie fie la dezvoltarea deprinderilor de citit, fie a celor de scris, fie a ambelor, în acelaşi timp, dar indiferent pe care cade accentul, rezultatele finale obţinute sunt pozitive pentru perfecţionarea abilităţilor lexico-grafice. Multe dintre aceste metode îşi dovedesc eficienţa şi în etapa iniţială a învăţării scris-cititului, când copilul începe activitatea organizată de instruire. Dintre acestea, le enumerăm pe cele mai importante:

5.1. Citirea imaginilor izolate şi în suită constituie o etapă importantă şi necesară, nu numai pentru că stimulează şi contribuie la dezvoltarea vorbirii copilului, dar şi pentru că ea poate fi considerată ca reprezentativă pentru „comunicarea perceptiv-verbală, deoarece este o componentă a actului de culturalizare a copiilor " (E. Verza). Pentru copilul preşcolar, citirea imaginilor este şi mai importantă; ea dezvoltă gustul cititului şi poate fi apreciată ca etapă premergătoare procesului de instruire, ce conţine elemente de organizare a activităţii mintale.

5.2. Citit-scrisul selectiv constă în indicarea cuvintelor şi propoziţiilor apreciate ca fiind critice sau care au un anumit grad de dificultate, ce poate determina erori tipice şi pe care subiectul trebuie să le citească sau să le scrie. În aceste condiţii, atenţia logopatului este centrată pe o anumită categorie de cuvinte, litere şi grafeme, învaţă să le diferenţieze de altele şi să depună eforturi pentru a le reproduce

corect. Citit-scrisul selectiv este o metodă ce trezeşte interesul copilului şi-i stimulează motivaţia pentru desăvârşirea acţiunii. În acelaşi timp, se realizează printr-un efort minim şi îmbracă forma activităţii plăcut-distractive.

5.3. Citirea simultană şi scrisul sub control. Subiectul citeşte în acelaşi timp cu logopedul, scrie sub supravegherea nemijlocită a acestuia. Astfel, imită modelul, în citit, şi fiecare greşeală făcută este corectată pe loc, ceea ce întăreşte încrederea în posibilităţile sale de a scrie şi a citi corect. Cu timpul, subiectul învaţă să se autocontroleze şi să devină conştient în raport cu propria sa activitate, ca şi cu modelul corect.

5.4. Citirea şi scrierea în pereche. Doi subiecţi sunt solicitaţi să citească şi să scrie în acelaşi timp şi să se corecteze reciproc, prin schimbarea alternativă a rolurilor. Avantajul constă în faptul că se creează o stare de competiţie între cei doi parteneri, şi caută, totodată, să surprindă greşelile făcute de celălalt prin menţinerea permanentă a stării de vigilenţă. În plus, logopatul sesizează mai uşor greşelile partenerului şi, o dată corectate la acesta, devine conştient de propriile sale dificultăţi. Metoda determină rezultate pozitive şi datorită menţinerii situaţiei tensionale, a formării-dezvoltării motivaţiei competiţionale şi a satisfacţiei pentru succesul împlinit. Procedeul poate fi extins la un grup mai mare de subiecţi, şi ca urmare dispare inhibiţia şi încordarea caracteristică dislexo-disgraficilor. Pentru logopaţii cu deficit de intelect este şi mai indicată o asemenea metodă; ea are darul de a contribui şi la înlăturarea negativismului faţă de activitatea de scris-citit.

5.5. Citirea şi scrierea în ştafetă. Metoda presupune ca fiecare subiect, dintr-un grup anumit, să citească ori să scrie (pe tablă) una sau mai multe propoziţii; apoi, el trebuie să indice un coleg care să continue acţiunea. Pentru desfăşurarea în condiţii normale a activităţii, toţi partenerii trebuie să fie atenţi pentru a putea continua şi corecta pe cel ce greşeşte. Ca atare, această metodă are o serie de elemente comune cu cea a citirii şi scrierii în pereche, cât şi prin rezultatele pozitive obţinute.

5.6. Citirea şi scrierea în ştafeta greşelilor este strâns legată de metodele descrise la ultimele două puncte. Subiectul primeşte sarcina

să scrie sau să citească până în momentul comiterii unei greşeli pe care colegii au datoria să o semnaleze. Apoi, va continua sarcina un alt subiect, până face şi el o greşeală ş.a.m.d. Se poate alcătui un grafic, care să pună în evidenţă numărul punctelor obţinute de subiect, notându-se cu minus fiecare greşeală şi cu plus citirea sau scrierea unui text cât mai lung; de asemenea, semnalarea unei greşeli la partener, se notează tot cu plus.

În felul acesta, se va obţine o ierarhizare a subiecţilor într-o activitate dată sau pe un timp limitat, ceea ce evidenţiază şi progresele făcute. Metoda prezintă avantajul că trezeşte ambiţia subiecţilor şi stimulează interesul pentru a ocupa un loc cât mai bun în clasificarea finală. Dar fiind faptul că la vârsta şcolară spiritul de competiţie este foarte dezvoltat, iar dorinţa de joc încă se menţine ca o componentă a activităţii, interesul elevilor pentru această metodă poate fi canalizat spre o activitate utilă şi plăcută.

5.7. Citirea şi scrierea cu caracter ortoepic devine eficientă pentru dislexo-disgrafici, când fiecare silabă, care se citeşte ori se scrie cu dificultăţi, este repetată de două ori – spre deosebire de celelalte, ce se scriu şi se citesc obişnuit (o singură dată). Subiectul trebuie să fie atent şi pentru că numărul greşelilor scade în raport de capacitatea de a intui, dacă cuvântul următor conţine silabe sau grupuri de silabe la care va întâmpina greutăţi. Astfel, se dezvoltă una din calităţile importante ale atenţiei şi memoriei, volumul de cuprindere a unui număr cât mai mare de fapte ce se bazează pe lărgirea câmpului perceptiv.

5.8. Citirea şi scrierea pe roluri. Fiecare subiect va îndeplini un anumit rol în cadrul unei povestiri (de preferinţă cu dialog) şi va citi sau va scrie, numai acea parte care se referă la rolul cu care este investit. Pe lângă faptul că învaţă să fie atent, se obişnuieşte cu situaţia de aşteptare, ceea ce duce, treptat, la dezvoltarea în plan psihoneurologic, a echilibrului dintre excitaţie şi inhibiţie. Deosebit de important este că, prin folosirea procedeului respectiv, se facilitează introducerea intonaţiei şi a ritmului în citire, ca şi în învăţarea regulilor logico-gramaticale în activitatea lexico-grafică.

5.9. Citirea şi scrierea pe sintagme. După cum se ştie, dislexo-disgraficul are unele dificultăţi şi în înţelegerea celor citite sau scrise. Aceasta se datorează şi faptului că el are tendinţa de a se concentra,

exagerat, asupra formei în care citeşte şi a corectitudinii citirii, iar în scris, asupra modului în care realizează fiecare grafem din cuvântul respectiv şi asupra reprezentării sale cât mai estetice, în detrimentul sensului şi semnificaţiei textului parcurs. Din aceste motive, dislexo-disgraficul trebuie învăţat să sesizeze sensul celor citite sau scrise şi să cuprindă, în câmpul său perceptiv, unităţile sintactice, sintagmatice, purtătoare de semnificaţii. În acest scop, devin deosebit de eficiente învăţarea subiectului să împartă textul de citit pe unităţi logice, iar dictările şi autodictările să se efectueze tot pe unităţi sintagmatice. O astfel de metodă, nu numai că ajută la înţelegerea celor citite sau scrise, dar contribuie la formarea deprinderilor lexico-grafice, prin facilitarea vitezei, legarea mai bună a grafemelor în cuvânt, evitarea săririi rândurilor ori repetarea lor la citit, evitarea suprapunerilor de rânduri, la scris, înlăturarea agramatismelor, dezvoltarea capacităţii de discriminare dintre fonem-grafem, fonem-literă, literă-grafem etc.

5.10. Exerciţii de copiere, dictare şi compunere. Se ştie că cele mai frecvente greşeli se fac la compunere, deoarece logopatul nu mai are modelul în faţă (ca la copiere) şi nici nu aude pronunţia corectă a fonemului, pentru a face legătura cu grafemul corespunzător (ca în dictare). În plus, eforturile de formulare a ideilor şi transpunerea lor grafică, cu respectarea regulilor gramaticale, abat atenţia logopatului de la particularităţile scrierii, iar deprinderile, nefiind suficient consolidate, nu se realizează o coordonare sincronă între planurile mentale şi cele kinestezico-motrice. Pe de altă parte, când logopatul îşi centrează întreaga atenţie asupra planurilor kinestezico-motrice, se produc dereglări la nivelul formulării logico-gramaticale – ceea ce face să sufere construcţia frazei şi închegarea textului. Or, o asemenea caracteristică devine şi ea eroare specifică pentru disgrafie.

Copierea contribuie la realizarea deprinderilor motorii şi la obişnuirea cu forma grafemelor şi cu diferenţele dintre ele. Pentru ca activitatea de copiere să aibă o eficienţă sporită, este indicat să se dea, spre copiere, texte bine organizate, care vor fi analizate gramatical şi semantic în prealabil şi care se vor corecta imediat, insistându-se asupra greşelilor tipice.

Dictarea este mai dificilă pentru logopat decât copierea. Pentru ca ea să-şi atingă scopul în terapia logopedică, trebuie alese texte scurte şi organizate în funcţie de posibilităţile logopatului. Este indicat ca textul să nu conţină cuvinte necunoscute, iar acelea care sunt mai dificile să fie explicate în prealabil. În cazul deficienţilor de intelect

sau senzorial, logopații pot fi atenționați, în timpul dictării, atunci când ajung la un cuvânt mai dificil sau la care ei comit erori frecvente.

Esențial pentru reușita copierii, dictării și compunerii este stabilirea unor raporturi tonifiante, dublate de încrederea subiectului în forțele proprii și în eficiența activității logopedice. Astfel, succesul și satisfacția reușitei creează logopatului confortul psihologic atât de necesar în terapia dislexo-disgrafiei.

6. Corectarea tulburărilor de vorbire se face înainte sau concomitent cu terapia dislexo-disgrafiei. Acest deziderat devine necesitate, dacă avem în vedere că majoritatea tulburărilor vorbirii orale se transpun în limbajul citit-scris. Cu cât tulburările de pronunție ori de ritm și fluență a vorbirii sunt mai accentuate și mai persistente, cu atât este mai necesar ca ele să fie corectate înaintea începerii activității terapeutice pentru înlăturarea dislexiei și disgrafiei. Dacă sunt manifestări fără însemnătate majoră și nu se reflectă, în mod evident, în citit-scris, atunci terapia lor se desfășoară concomitent cu cea a dislexo-disgrafiei. Desigur, și în acest caz se respectă principiul acțiunii de la simplu la complex, ceea ce facilitează obținerea unor rezultate pozitive rapide și, ca atare, logopatul se convinge de faptul că tulburările limbajului sunt pasagere, temporare, astfel câștigând încredere în forțele proprii și în eficiența activității logopedice.

7. Terapia dislexo-disgrafiei trebuie să vizeze, în egală măsură, dezvoltarea limbajului și stimularea activității psihice. Odată cu corectarea disgrafiei și dislexiei se poate realiza și dezvoltarea limbajului și stimularea întregii activități psihice. De fapt, acestea se realizează chiar și atunci când logopedul nu și-o propune ca obiectiv în activitatea sa, dar ea capătă alte valori calitative și cantitative, când este urmărită în mod sistematic și organizat. În acest sens, explicarea cuvintelor, a semnificației lor și a sensului propoziției cu care se exersează, ca și solicitarea subiectului să formuleze povestiri, compuneri, autodictări, facilitează stimularea activității psihice pentru transpunerea ideilor în planul comportamental-verbal.

Fenomenul poate fi pus în evidență atât la dislexo-disgraficii cu intelect normal, cât și la cei cu deficiențe de intelect și senzoriale, cu deosebire că la aceștia din urmă el este mult mai accentuat. Aceasta confirmă, încă o dată, dependența și relația nemijlocită dintre dezvoltarea psihică și bogăția vocabularului și a comunicării (exprimare și înțelegere), pe de o parte, iar pe de altă parte, faptul că,

dintre toate structurile psihismului uman, limbajul este cel mai sensibil la influențele educative. Pentru a putea urmări mai bine aceste elemente, ne vom referi la un experiment efectuat de noi şi pe care le-am comentat, pe larg, într-un studiu publicat (E. Verza, 1982). Astfel, am alcătuit două grupe de subiecți handicapați de intelect şi senzorial: prima grupă a fost cea de control, iar cea de-a doua grupă, experimentală, a fost supusă unui antrenament intensiv de dezvoltare a limbajului pe parcursul a trei luni, câte trei şedințe săptămânal. Ambele grupe au fost formate din câte 20 de subiecți, fiecare, şi la care s-a calculat, în mod individual, Q.I. prin aplicarea WISC-ului, înainte şi după încheierea antrenamentului verbal. Atât pentru subiecții din grupa de control, cât şi pentru cei din grupa experimentală media Q.I.-lui era cuprinsă între 55-70 . La calcularea ulterioară a Q.I.-ului, după cele trei luni de antrenament verbal intensiv cu grupa experimentală, am constatat că pentru grupa de control, variațiile Q.I. erau nesemnificative (media s-a menținut aproximativ la fel). În schimb, la grupa experimentală, ca urmare a progreselor obținute în dezvoltarea limbajului, am putut înregistra o îmbunătățire sensibilă a Q.I.-ului, acesta atingând o medie situată în limitele cifrelor 65-80. Odată cu aceasta, s-a putut pune în evidență o mai bună comunicare cu cei din jur şi o reflectare, în plan verbal, mai exactă a realității celor comunicate, o racordate mai fidelă la realitate, prin folosirea unui limbaj mai bogat, chiar dacă unele expresii verbale aveau caracteristica de şablon.

O primă constatare semnificativă este aceea că, în dezvoltarea limbajului, diferențele sunt deosebit de importante de la un subiect la altul, în funcție de tipul de handicap şi de gravitatea acestuia. Dat fiind faptul că la deficienții de intelect exercițiile de corectare a dislexo-disgrafiei se bazează (mai cu seamă pentru început) pe folosirea unor cuvinte mono- şi bisilabice, dezvoltarea comunicării se face mai anevoios; progresele sunt edificatoare, însă, pentru handicapații de vedere, deoarece vocabularul mai bogat şi structurarea frazei permit vehicularea unei informații apropiate de cea a normalului. Cu toate că achizițiile limbajului sunt mai mari, cantitativ, față de grupa de control, la debilii mintal capacitățile de înțelegere şi comunicare înregistrează un progres mai lent. La deficienții de vedere şi de auz, din grupa experimentală, se formează, treptat, motivații mai clar conturate şi se dezvoltă aspirații ce duc la instalarea deprinderilor cognitiv-culturale apropiate de cele ale persoanelor normale, ceea ce denotă funcționalitatea compensării deficienței senzoriale.

Handicapații de intelect utilizează defectuos, în comunicare, regulile gramaticale și vehiculează, mai cu seamă, noțiuni concrete, ceea ce dovedește lipsa de asociație în desfășurarea ideilor.

În general, însușirea și automatizarea folosirii cuvintelor sunt dependente de structura fonetică, de folosirea cât mai frecventă a cuvintelor în situații variate și de legarea lor de obiectele ce le semnifică, pentru a deveni cât mai funcționale. Dar greutățile în exprimare apar și ca urmare a modificărilor pe care le suportă cuvintele flexibile, a schimbărilor topice, sintactice și semantice.

Se știe că activitatea analizatorului verbomotor este dependentă și de modul cum funcționează analizatorul auditiv, pentru că el constituie suportul biologic al dezvoltării laturii fonetice a vorbirii. Dezvoltarea auzului fonematic, specific pentru discriminarea sunetelor, presupune integritatea analizatorului auditiv și este evident la copilul normal înaintea formării capacității articulatorii. La deficienții de auz, apar dificultăți în însușirea vorbirii, și în special a citit-scrisului, ca urmare a slabelor posibilități de discriminare a componentelor fonetice ale cuvintelor. La surdo-vorbitori și hipoacuzici, apar, deseori, confuzii între consoanele sonore și cele surde, între siflante și șuierătoare, iar în scris-citit pot fi omise fie începutul, fie sfârșitul cuvintelor, apărând și încălcări ale regulilor gramaticale.

Având în vedere integritatea analizatorilor verbomotor și auditiv, cât și dezvoltarea intelectuală normală, handicapații de vedere au posibilități mai mari pentru însușirea limbajului. Dar se mențin și la ei o serie de dizabilități ce influențează nefavorabil structurarea activității psihice și, mai cu seamă, achiziționarea fenomenelor culturale mai subtile. Dificultățile provin și din greutățile în recepția și înțelegerea unor nuanțări ale limbajului, cauzate de imposibilitatea de a vizualiza mimico-gesticulația partenerului de discuție, care are un rol de completare a comunicării. În același timp, imposibilitatea imitării vizuale a mișcărilor articulatorii ale vorbitorului generează lipsa de sincronizare și modulare adecvată a aparatului fonoarticulator, specific pronunțării sunetelor și cuvintelor. Din cauza acestui aspect, sunt afectate unele sunete care presupun mișcări organice fine: r, s, ș, z, v, f, l etc. și unele cuvinte cu structură complexă. Sunt frecvente, de asemenea, deformările, omisiunile, substituirile și adăugirile atât la nivelul sunetelor, silabelor, cât și al cuvintelor. Când conținutul celor exprimate este mai dificil sau când conceptele cu care operează nu se pot raporta la imaginea concretă, apar, în procesul comunicării,

expresii parazite şi dese repetări de sunete. S-a dovedit, experimental, de către o serie de autori – Pollack, Sumby, O'Neill, M. Durand – că lipsa perceperii feței vorbitorului şi a mişcărilor buzelor produce mari greutăți în receptarea vorbirii, ca urmare a neputinței de percepere şi decodificare a conținutului semantic (P. Fraisse, J. Piaget, 1972, pag. 47), al comunicării non nerbale (CNV) implicate în vorbire.

Învățarea citit-scrisului în Braille se face mai anevoios decât citit-scrisul obişnuit, nu numai pentru că este mai plină de dificultăți, dar şi din cauza rezervelor reduse de vocabular ale handicapatului, a greutăților în recepția şi exprimarea vorbirii, neperceperii reacțiilor interlocutorului şi a slabei adaptări la contextul situației în care se desfăşoară comunicarea. Dar, cu toate aceste dificultăți, handicapații de vedere, printr-un efort constant şi o motivație corespunzătoare față de comunicare, dispun de posibilități nelimitate în dezvoltarea structurilor verbale. La majoritatea handicapaților de vedere, progresele sunt asemănătoare cu cele ale normalilor, dar eforturile sunt considerabile în această direcție.

În ansamblu, deşi prin activitatea de antrenare verbală intensivă, handicapații (indiferent de natura handicapului) capătă posibilități mai mari în exprimarea conținutului activității mentale, totuşi comunicarea rămâne impregnată de aspectele emoțional-afective ce se produc în detrimentul cogniției. Comunicarea, în special la handicapații de intelect, îmbracă forma prezentării globale a informațiilor în care textul laconic dobândeşte valențele necesare unei depline receptări şi înțelegeri prin anticiparea de către auditor a subtextului. Datorită elementelor nesemnificative pentru conținutul comunicării, care abundă excesiv, se creează impresia că handicapatul este „bombardat" de impresii cu încărcătură emoțional-afectivă. Ca atare, comunicarea este centrată pe sens (când se evidențiază direcția) şi nu pe semnificație, cum este normal. Cu toate acestea, progresele favorizează activitatea psihică atât prin solicitările şi stimulările permanente, cât şi prin achiziția de cunoştințe, ca urmare a explicării conceptelor şi textului cu care operează.

8. Corectarea confuziilor de grafeme şi de litere este o condiție de bază în terapia tulburărilor grafo-lexice. Noi ne-am referit, în paginile anterioare, la confuziile care se produc între fonem şi grafem, pe de o parte, iar pe de altă parte, între fonem şi litere, luând în considerație fenomenul de transpunere a tulburărilor vorbirii (de pronunție) în citit-scris. Dar merită o atenție aparte confuziile de

grafeme şi litere, pentru că, la majoritatea formelor dislexo-disgrafice, întâlnim asemenea fenomene mai mult sau mai puţin accentuate. Un astfel de tip de confuzii se poate produce, fie în plan auditiv, fie în cel vizual şi mai frecvent în ambele planuri – audio-vizual. Trebuie remarcat că deşi în acest caz noi le analizăm separat de confuzia fonemelor, între cele două categorii de tulburări există o relaţie directă, aşa cum am mai subliniat-o.

În terapia dislexo-disgrafiei, majoritatea autorilor, care au avut asemenea preocupări, insistă, în mod deosebit, pe înlăturarea confuziilor dintre grafeme, pe de o parte, şi litere, pe de altă parte. De pildă, S. Borel-Maisonny (1966) porneşte de la constatarea că dislexia (şi disgrafia) este o entitate nozologică, strâns legată de tulburările în dezvoltarea limbajului. De fapt, tulburările din domeniul lingvistic, alături de tulburările de orientare spaţială, de analiză a elementelor acustice şi de cele cu caracter numero-ritmice, pot îmbrăca forme variate ce ajung, în cazurile grave, la tulburările funcţiei categoriale. Autoarea citată este de părere că în stabilirea asociaţiei dintre grafem şi sunet o contribuţie însemnată aduce utilizarea gesturilor simbolice, care facilitează fixarea mintală a caracteristicilor lor. Un alt autor, Françoise Estienne (1971), îşi fundamentează metodologia sa corectiv-recuperativă pe formarea motivaţiei şi a interesului logopatului pentru activitatea grafo-lexică. O asemenea activitate se realizează, cu succes, în măsura în care subiectul aste capabil să sesizeze faptul că grafemele corespund sunetelor şi mişcărilor aparatului de emisie. În realitate, prin metoda lui Fr. Estienne se urmăreşte formarea, de la început, a deprinderilor corecte de citit-scris, ce evoluează progresiv, în măsura în care se dezvoltă structurile fonetice şi cele spaţio-temporale ale actului grafic. Folosirea procedeului contrastului, cu ajutorul cuvintelor şi propoziţiilor apropiate, contribuie la învăţarea subiectului să aprecieze deosebirile şi asemănările dintre structurile date. Astfel, se îmbunătăţesc nu numai înţelegerea, dar şi posibilităţile de manifestare ale comportamentului grafo-lexic. Pe aceeaşi linie, C. Calavrezo (1967) socoteşte că utilizarea unor cuvinte de legătură, care să-i faciliteze subiectului amintirea grafemului sau a literei, contribuie la o mai bună diferenţiere şi redare, iar metoda lui M. Chassagny, bazată pe folosirea „seriilor dictate", vizează tot descoperirea analogiilor şi deosebirilor dintre grafeme, litere şi fonemele lor corespunzătoare.

Noi am constatat că cele mai frecvente confuzii ale unor litere şi ale fonemelor lor, care se produc din cauza analizatorului auditiv, sunt: p-b-m, t-d-n, p-b, f-v, s-ş, s-j, z-j, c-g, r-l, iar ca urmare a dificultăţilor analizatorului vizual, pot fi citate: m-n, u-n, p-b, a-o ş.a. Corectarea acestora va începe după ce ne-am asigurat că logopatul le poate emite corect.

Exerciţiile pentru înlăturarea confuziilor dintre grafeme şi litere trebuie să se efectueze astfel încât să se respecte principiul pe care l-am mai enunţat, al demersului de la simplu la complex. În acest caz, se vor folosi exerciţii care să urmărească formarea capacităţii de discriminare, mai întâi, a grafemelor şi literelor separate, iar apoi în combinaţii de cuvinte monosilabice, bisilabice şi trisilabice. Este necesar să se folosească şi grupurile diftongilor şi triftongilor, pentru că la acest nivel au loc confuzii mai numeroase. Poziţia ocupată, în cuvinte, de grafemele şi literele afectate trebuie să varieze (la început, la mijloc, la sfârşit), pentru a-l obişnui pe subiect cu toate situaţiile posibile. Ele pot fi marcate cu o culoare diferită de restul cuvântului, evidenţiindu-se mai pregnant, în plan optic, şi contribuind astfel, la o memorare mai rapidă.

Tot pentru o fixare mai bună a caracteristicilor grafemelor şi literelor, se poate indica, prin săgeţi, direcţia buclelor şi a formelor. Acestea pot fi exersate într-o ladă cu nisip sau pe sticlă. În acelaşi scop, utilizarea testului „citirii pe sticlă”, elaborat de Hepp Reymond şi Marie Claude, permite o analiză mai amănunţită a înţelegerii structurii poziţiei literelor şi a raporturilor dintre ele, a dezvoltării reprezentărilor de număr, a unor imagini şi figuri desenate etc.

Noi am folosit, obţinând rezultate pozitive, şi ***metoda expunerii scurte la tahistoscop*** a unor litere, cuvinte mono- şi bisilabice, a propoziţiilor, cu şi fără sens, pentru dezvoltarea capacităţii de analiză şi sinteză, de atenţie şi memorare, ca şi pentru învăţarea deosebirilor şi asemănărilor dintre grafeme. Aceeaşi metodă este eficientă şi pentru formarea deprinderilor de citire rapidă; prin folosirea ei repetată, se înlătură dificultăţile de percepţie şi se dezvoltă obişnuinţa de reprezentare a întregului prin perceperea unor elemente. Sporirea vitezei de citire este şi un rezultat al dezvoltării câmpului vizual, antrenat prin metoda expunerii tahistoscopice sau prin discriminarea unor figuri de tipuri diferite (fig. 43,44 şi 45).

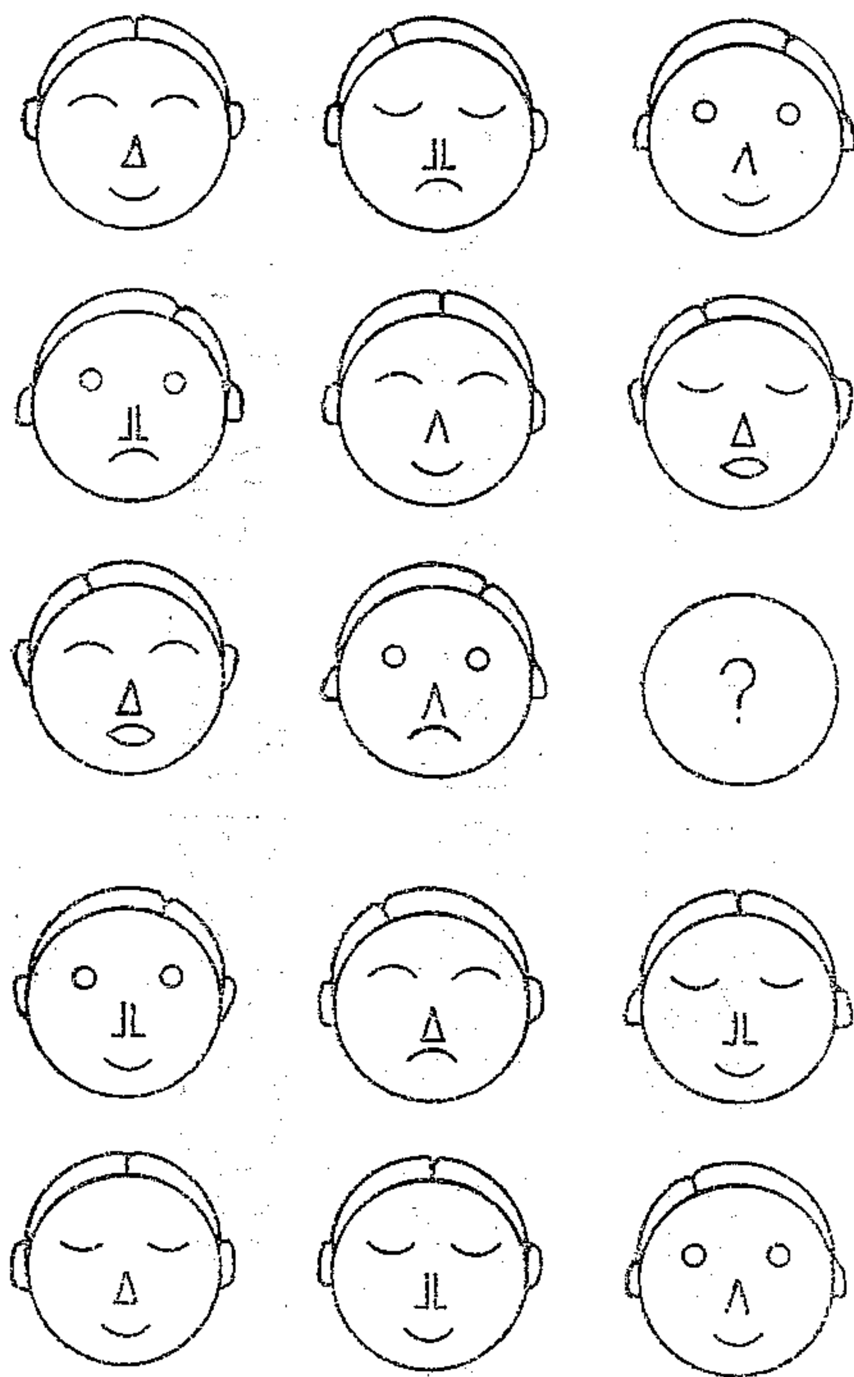


Fig. 43.

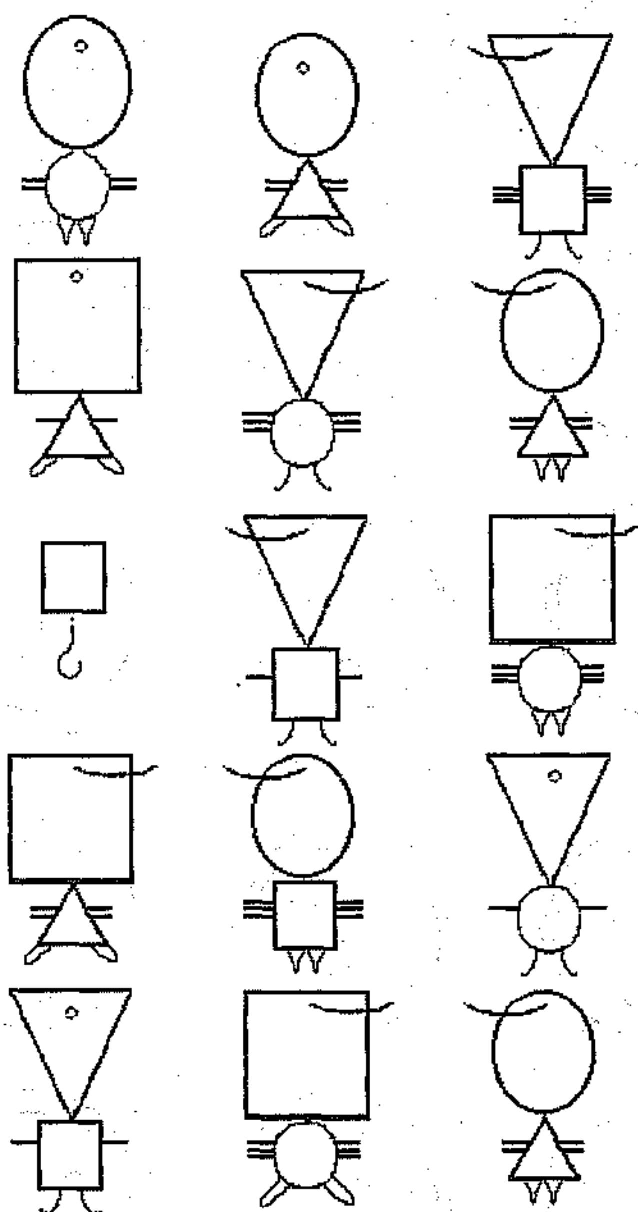


Fig. 44.

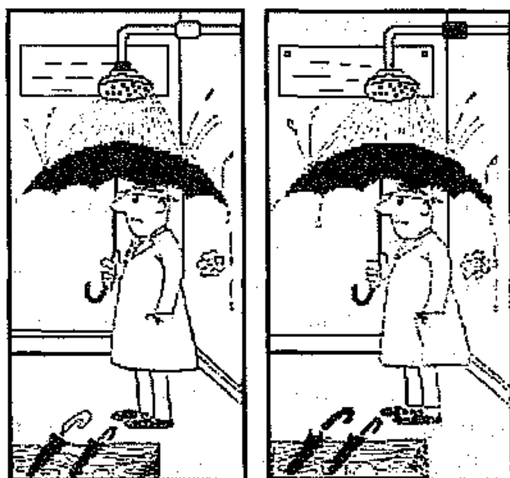


Fig. 45

Dacă avem în vedere dislexicii şi disgraficii cu intelect normal, sub raportul conştientizării şi al receptării terapiei logopedice, noi i-am împărţit în patru categorii: a) logopaţi care nu-şi dau seama de deficienţa pe care o au nici ei, nici alţii; b) logopaţi care sesizează deficienţa la alţii, dar nu şi la ei; c) logopaţi care îşi dau seama de deficienţa respectivă, dar sunt incapabili de a o înlătura şi d) logopaţi care sunt sensibilizaţi la deficienţele respective şi fac progrese evidente în corectarea acestora. Handicapaţii dislexici şi disgrafici, care se încadrează în ultima categorie, prezintă o serie de avantaje, deoarece activitatea logopedică de educare a limbajului citit-scris se desfăşoară mai facil, iar rezultatele se obţin într-un timp mai scurt.

Este semnificativă, de asemenea, vârsta la care se începe activitatea de corectare. Unii specialişti în logopedie (Anne-Marie Fichot, 1967, Cl. Launay, 1965, M.E. Hvatţev, C. Calavrezo, 1967) subliniază necesitatea începerii corectării dislexiei şi disgrafiei cât mai de timpuriu, chiar din clasa I, pentru a preveni formarea şi dezvoltarea unor deprinderi greşite, negative în însuşirea citit-scrisului.

În activitatea logopedică de corectare a acestor tulburări, C. Calavrezo foloseşte metode şi procedee adecvate, legate de parcurgerea unor faze de către dislexici şi disgrafici în însuşirea citit-scrisului ce trebuie respectate pentru o terapie deplină.

Pe linia educării şcolarilor dislexici şi disgrafici în a învăţa citit-scrisul se pot distinge trei etape principale:

1. Prima etapă se caracterizează prin însuşirea, de către elevi, a primelor grafeme şi litere, stabilindu-se, totodată, legătura lor cu fonemele respective, precum şi cuprinderea acestor elemente în cuvinte scurte mono- şi bisilabice.

Caracteristic pentru această etapă este confuzia fără regulă, întâmplătoare, în scris, a majorității grafemelor: a, m, n, u, p, c, d, t, o, i etc. şi a fonemelor corespunzătoare acestor grafeme. În aceste condiții, şcolarul poate să scrie orice grafem la pronunțarea unui fonem, sau invers, poate să denumească, la prezentarea unui anumit grafem, un alt fonem decât cel corespunzător. În scris, situația se prezintă în acelaşi fel, în sensul că pot avea loc confuzii asemănătoare, prin denumirea cu un alt fonem a unei anumite litere sau invers, indicarea altei litere decât cea corespunzătoare fonemului prezentat.

Confuziile cele mai frecvente se manifestă în timpul transcrierii grafemului sau al denumirii literei pe baza indicării unui anumit fonem, ceea ce înseamnă că perceperea se realizează mai facil decât transpunerea într-un anumit timp sau spațiu.

Desigur, asemenea fenomene pot fi observate şi la copiii şcolari care se află la începutul inițierii lor în citit-scris, dar deosebirea constă în faptul că la aceştia ele sunt trecătoare, în timp ce la dislexici şi disgrafici se accentuează şi se transformă în deprinderi negative, cu implicații dintre cele mai dăunătoare asupra rezultatelor şcolare.

Din aceste motive, diagnosticarea şi etichetarea şcolarilor în dislexici şi disgrafici trebuie să țină seama de gradul de însuşire a citit-scrisului într-un timp dat.

O altă caracteristică, pentru această etapă, se referă la incapacitatea dislexicilor şi disgraficilor de a desprinde dintr-un cuvânt, în unele cazuri foarte simple, componentele lui fonematice. Aceasta se răsfrânge nefavorabil, atât asupra laturii receptive acustice a cuvântului, cât şi asupra laturii sale semantice.

Aşa cum am mai arătat, pentru învățarea citit-scrisului trebuie avute în vedere două aspecte importante, şi anume: primul se referă la valorificarea legăturii stabile şi fără echivoc între foneme, grafeme şi litere, iar al doilea aspect implică dezvoltarea posibilității de a efectua analiza fonematică a oricărui cuvânt.

2. Etapa a doua începe odată cu realizarea unor progrese în direcția stabilirii legăturii dintre foneme şi respectivele grafeme şi litere. Acum, locul confuziilor întâmplătoare ale grafemelor este luat tot mai mult de acele confuzii ce se bazează pe principiul asemănării

acestora. Asemănarea grafemelor, poate fi, fie din punct de vedere fonematic, kinestezic şi optic, fie din toate cele trei unghiuri (n-m).

Întrucât trecerea de la prima etapă la a doua nu se face brusc (ea are loc în mod treptat, iar legătura dintre foneme, grafeme şi litere nu este consolidată), mai pot apărea, în unele cazuri, confuzii întâmplătoare, specifice pentru prima etapă.

Cele mai frecvente confuzii asemănătoare, caracteristice pentru această etapă, sunt cele de tipul: f-v, b-p, c-g, s-z, d-t, etc. ale căror foneme se găsesc, cum arată R. Jakobson şi M. Halle (1956), două câte două, în opoziţie principală surd-sonor. În opoziţie asemănătoare se află şi m-n, s-ş, l-r, ţe-ce etc.

La citire, copilul dislexic, deşi reuşeşte să denumească literele, nu poate să le îmbine în structura cuvântului, nu poate, aşadar, să-l citească. După o perioadă de familiarizare cu unele cuvinte întâlnite mai des, ele pot fi citite global sau chiar ghicite.

În citire, literele care se confundă, cel mai frecvent, din cauza asemănării lor optice, sunt: d-p-b, u-n, a-ă, m-n, t-ţ etc. şi invers. Tot pe principiul asemănării acustice, optice şi ca sens, au loc confuzii şi înlocuiri de cuvinte.

De asemenea, caracteristic pentru această etapă este faptul că dislexicii pot sări, în citire, rândul care urmează sau îl reiau pe cel pe care abia l-au terminat, fără a-şi da seama, totdeauna, de greşeala comisă. Aceste fenomene au fost denumite de Morse şi Daniels, cum s-a mai arătat, dislexie lineară.

A doua etapă se încheie cu formarea capacităţii elevului de a citi şi scrie corect propoziţii şi fraze de o complexitate mai redusă, dar cu posibilităţi limitate în ceea ce priveşte compunerea şi lectura unui text cu cuvinte mai puţin cunoscute.

3. Etapa a treia se caracterizează prin eliminarea greşelilor descrise mai sus şi apariţia posibilităţii de a parcurge şi înţelege texte complexe, efectuarea unor compuneri coerente, logice fără greşeli semnificative. În unele cazuri, din cauza neconsolidării suficiente a deprinderii de a citi, se mai menţine încă, un timp, citirea aritmică, sacadată, cu pauze mai lungi, adică o formă de bradilexie, cum a numit-o Claparéde.

În această etapă, subiectul reuşeşte să reţină sensul şi semnificaţia, ceea ce face să crească posibilitatea de a reda cele citite. În paralel, dispar omisiunile de cuvinte, intercalările lor şi, subiectul tinde să urmărească unitatea logică a ideilor citite sau scrise.

Deprinderile grafo-lexice formate trebuie supuse unui antrenament continuu, pentru dezvoltarea lor şi pentru scutirea subiectului de un efort traumatizant. Dar durata antrenamentului se va baza pe capacitatea subiectului de a-şi concentra atenţia asupra activităţii pe o durată de timp limitat (fig.46).

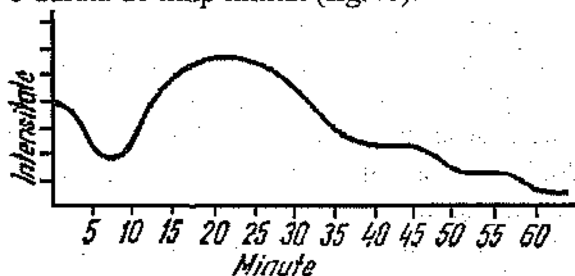


Fig. 46.

Pentru citit-scrisul în Braille, când toate metodele şi procedeele descrise mai sus nu dau rezultatele scontate, considerăm că, dat fiind caracteristicile sistemului, se poate învăţa, în etapa iniţială, separat scrisul de citit, cu condiţia ca întâi să se însuşească cititul. În esenţă, două din multiplele caracteristici asigură succesul acestui procedeu: pe de o parte, se evită interferenţa deprinderilor motorii ale scrierii de la dreapta la stânga, iar pe de altă parte, cunoaşterea tactilă a formei literei facilitează transpunerea ei în planul grafic. Un alt aspect, care merită atenţie, este acela că multe din punctele ce formează semnele au forme simetrice şi asimetrice. Această situaţie înlesneşte producerea confuziilor. Ea poate fi depăşită mai uşor prin învăţarea mai întâi a cititului şi prin găsirea echivalentului intuitiv al fonemului şi al cuvântului, folosind o serie de procedee ideo-tactile sau ideo-auditive.

Un rol hotărâtor pentru formarea deprinderilor lexo-grafice în sistemul Braille este acela al dezvoltării autocontrolului. Mai cu seamă în scrierea punctiformă, conştientizarea greşelilor şi a cauzelor care le-au generat asigură succesul terapiei logopedice. În sistemul Braille, folosirea dictărilor, în etapa de început, este mai indicată pentru că fixează mai bine atenţia asupra particularităţilor semnelor, nefiind nevoie să se centreze pe conţinutul textului dictat. Compunerile presupun deja unele deprinderi de scris, deoarece trebuie să fie atent şi la semnificaţia celor exprimate şi nu numai la forma grafică. De fapt, prin aceasta se respectă principiile predării citit-scrisului după metoda fonetico-analitico-sintetică.

Referindu-se la diferite categorii de copii handicapaţi, în reeducarea scrisului, J.de Ajuriaguerra (1980) şi colaboratorii disting o categorie de tehnici pregătitoare, în care includ destinderea generală, tehnicile pictografice şi tehnicile scriptografice, iar alta, de metode propriu-zise, cu examinarea unor probleme ce privesc învăţarea formei literelor şi integrarea lor în cuvinte, formele care favorizează scrisul, rolul apăsării în activitatea grafică, funcţia ritmului, formarea vitezei de scris şi problemele scrisului personal. În acest caz, sunt preconizate mai multe tipuri de exerciţii care se adresează atât copiilor ce sunt la începutul învăţării scrisului, cât şi acelora care manifestă tulburări grafice sau au nevoie de o activitate logopedică, menită să ducă la perfecţionarea şi dezvoltarea abilităţilor de scris. Autorii citaţi consideră că atunci când la acelaşi subiect, pe lângă disgrafie, există şi dislexie, se impune mai întâi corectarea tulburării de citit şi numai în cazuri izolate să se facă paralel. Ţinând seama de specificul limbii române, experienţa noastră ne-a dovedit că o terapie paralelă a disgrafiei şi dislexiei este mai avantajoasă, deoarece, acţionând asupra înlăturării uneia, implicit se ajunge şi la corectarea celeilalte. Pe de altă parte, într-un fel sau altul, existenţa unei forme presupune dificultăţi şi în planul celeilalte. Indiciul cel mai de seamă al unei asemenea situaţii este acela al prezenţei disortografiilor, confuziilor, omisiunilor şi inversiunilor.

În terapia disgrafiei şi a dislexiei, rolul esenţial îl au factorii psihopedagogici care imprimă şi metodicii un asemenea curs, încât tulburările citit-scrisului sunt privite ca făcând parte din ansamblul modificărilor caracteristicilor de personalitate. Din aceste motive, terapia trebuie să vizeze, în egală măsură, înlăturarea handicapurilor citit-scrisului, cât şi dezvoltarea personalităţii. Dar activitatea logopedică nu se limitează numai la terapia tulburărilor de limbaj, ci trebuie extinsă şi asupra prevenirii acestora. În acest context, colaborarea cu şcoala şi familia asigură o dezvoltare normală copilului şi perspectivelor formării sale pentru viaţă. Psihopedagogia este chemată să-şi aducă o contribuţie mai mare la elaborarea unei metodologii care să pună în evidenţă modele aplicative, sporind eficienţa procesului instructiv-educativ de formare şi dezvoltare armonioasă a personalităţii.

Logopedul trebuie să aibă în vedere, la stabilirea metodologiei de corectare, dacă dislexo-disgrafia aparţine unui copil care nu a putut să-şi însuşească citit-scrisul în condiţii normale de instruire sau s-a fixat, ca o deficienţă, la un adult ce şi-a pierdut, dintr-un motiv sau

altul, facultățile respective. Acest deziderat trebuie respectat, date fiind diferențele specifice dintre cele două cazuri ce se produc în plan psihologic, lingvistic și socio-cultural. La primele două planuri se referă și Critchley. Se poate avea în vedere că adultul care a posedat cândva posibilitatea de a scrie și de a citi rămâne, de cele mai multe ori, cu un vocabular pasiv relativ bogat și dispune de o serie de mijloace de comunicare nonverbale care suplinesc, la nevoie, facultatea pierdută. În schimb, apare o serie de dereglări în plan psihologic și, mai cu seamă, în plan socio-cultural. La copilul care nu a reușit să-și dea seama de importanța funcțiilor respective, trăirea în planul personalității este mai simplificată și nu atât de complexă încât să-i deregleze întregul subsistem psihocomportamental. Ca atare, în cazul adultului, terapia dislexo-disgrafiei va fi axată, în principal, pe componentele psihologice, dar fără să se neglijeze corectarea propriu-zisă a limbajului. Dacă cele două cazuri, la care ne-am referit, sunt dublate de o altă deficiență (apărută înaintea tulburării de limbaj sau în urma acesteia), fie de intelect, fie senzorială, fie psihică, atunci terapia recuperatorie trebuie să vizeze, în egală măsură, toate mijloacele compensatorii și de ajustare (educare) a funcțiilor ce se supun acestor influențe pozitive. Asistența calificată este indispensabilă; altfel, nu numai că nu se înregistrează progrese, dar involuția devine tot mai evidentă pe măsura trecerii timpului.

O ultimă problemă, pe care dorim să o punem în încheierea acestui capitol, este aceea a adaptării tehnicilor terapeutice la particularitățile logopatului sau invers, canalizăm și formăm subiectul pentru a face față cerințelor metodologice. Categoric, tehnicile terapeutice trebuie alese în așa fel încât să se potrivească caracteristicilor subiectului, de care este necesar să ținem seama și pe care le-am enunțat la începutul capitolului. Așadar, nu vom trata numai tulburarea limbajului, ci întreaga personalitate, pentru a se putea dezvolta integru și armonios. În același timp, subiectul trebuie direcționat astfel încât să fie capabil să recepționeze, în mod activ și conștient, influențele terapeutice și să-și adapteze întregul comportament la eficacitatea acestora. De aici, subliniem existența unui prognostic favorabil în disgrafie și dislexie ce depinde și de priceperea logopedului, de pregătirea, de dăruirea și de competența sa, care devin, în final, elemente hotărâtoare ale terapiei logopedice. Nu trebuie să pierdem din vedere că de rezultatele terapiei logopedice, depinde, de cele mai multe ori, traiectoria adoptată de subiect în activitățile de tip formativ și nu în ultimul rând, evoluția sa psihică.

F

vorbi
voca
logic
parc
man
cele
scris
vari
şi c
scri
pe
der
act
trai
tin
în
sul
nu
gr

m

CAPITOLUL XIV

RELAȚIA DINTRE TULBURĂRILE VORBIRII ORALE ȘI CELE ALE SCRIS-CITITULUI

Așa cum există un raport de dependență între dezvoltarea vorbirii orale și evoluția citit-scrisului, între calitatea, bogăția vocabularului, ușurința de a construi fraze, de a înșirui și reda ideile logico-gramatical și eleganța transpunerii acestora în actul grafic ori parcurgerea rapidă și înțelegerea celor citite cu exactitate, se manifestă, în același context, o relație între tulburările vorbirii orale și cele ale actului lexico-grafic. Astfel, sunt transpuse în limbajul citit-scris acele tulburări ale vorbirii orale, care au o simptomatologie mai variată, mai gravă și cu impact mai devastator în planul personalității și comportamentului. De aici, rezultă că diagnoza tulburărilor citit-scrisului nu poate fi efectuată în mod corect, fără a lua în considerare, pe lângă factorii simptomatologici și etiologici, și impactul dereglărilor vorbirii orale asupra formării deprinderilor și stăpânirii actului lexico-grafic. Desigur, nu toate tulburările vorbirii orale se transpun în citit-scris în mod egal, unele au o incidență mai mare, în timp ce altele pot fi rezumate numai la planul general al unor retardări în achiziția abilităților respective. Dar, pe de altă parte, se impune sublinierea unui principiu, și anume acela că tulburările vorbirii orale nu favorizează dezvoltarea constantă și motivată a actului lexico-grafic.

Dintre categoriile tulburărilor vorbirii orale, care se transpun în mod nemijlocit în actul citit-scrisului, menționăm tulburările de

pronunție (dislaliile, rinolaliile și disartriile) și tulburările de ritm și fluență a vorbirii (bâlbâielile, logonevrozele, tahilaliile, bradilaliile, tulburările pe bază de coree, aftongia, tumultus sermonis); celelalte categorii de tulburări influențează – desigur – negativ citit-scrisul iar în altele, cum este afazia, tulburările citit-scrisului constituie simptome ale acestui complex fenomen. În mod deosebit, ne vom referi la tulburările vorbirii, care se transpun în actul lexico-grafic, adică la cele de pronunție, de ritm și de fluență.

O asemenea împărțire a tulburărilor de vorbire se bazează pe principalele categorii ale handicapurilor de limbaj.

Este clar că oricare dintre tulburările de vorbire, dar mai cu seamă când sunt grave și apar de timpuriu, au efecte negative asupra însușirii citit-scrisului și asupra dezvoltării deprinderilor necesare. Când dislexia și disgrafia coexistă cu alte tulburări de vorbire sau când tulburările citit-scrisului sunt amplificate de acestea, se poate aprecia existența unei debilități generale pentru limbaj, cu implicații nefaste atât în sfera expresiv-receptivă, cât și în evoluția sistemului psihic al individului. Fenomenul cel mai evident, în asemenea cazuri, este acela al disgramatismului. Nadoleczny și Arnold au urmărit fenomenul disgramatismului la dislexicii și disgraficii care manifestau tulburări de tip articulatoriu și de ritm în citit-scris sau la cei care aveau dificultăți în ambele planuri ale limbajului (scris și oral). Arnold este de părere că bâlbâiala (și fenomenele ei secundare) nu se înrudește, nemijlocit, cu disgrafia și dislexia, nici din punct de vedere al etiologiei și nici din punct de vedere al consecințelor. Simptomatologia caracteristică bâlbâielii se poate constitui ca o expresie suplimentară și paralelă a deficitelor de aptitudine. De aici, tulburări combinate ce sunt provocate de „sindromul supraordonat al debilității congenitale pentru vorbire” (G.E. Arnold, 1970, pag. 518-519).

„Spre deosebire de alte tulburări de vorbire, dislalia este, deseori, legată de dislexie-disgrafie. Astfel, sigmatismul și parasigmatismul, rotacismul și pararotacismul, lambdacismul și paralambdacismul constituie forme de dislalie parțială, care sunt cel mai frecvent reflectate în citit-scris. La subiecții dislalici, la care apar fenomene de scădere a percepției auditive, cu consecințe negative asupra memorării auditive, se accentuează dislalia, cu repercusiuni și în limbajul citit scris” (E. Verza, 1977, pag. 84).

Cu cât o tulburare de vorbire este mai frecventă, cu atât ea are efecte mai nefavorabile în actul lexico-grafic. Dacă o asemenea tulburare s-a instalat înaintea însuşirii citit-scrisului, formarea deprinderilor corecte se face mult mai anevoios, pentru că există tendinţa ca tulburările din vorbire să se transpună în scris. În ce priveşte cititul, transpunerea tulburării este directă, chiar dacă în unele cazuri aceasta se manifestă sub o formă mai atenuată decât în vorbire. Dintre tulburările de limbaj, dislalia are cea mai mare frecvenţă atât la indivizii cu intelect normal, cât şi la cei cu deficienţe senzoriale sau mintale. La vârste mici, tulburările de pronunţie, pe lângă faptul că au o frecvenţă mai mare, ele sunt şi mai accentuate. Unele dintre tulburările de pronunţie dispar pe măsura înaintării în vârstă a persoanei. Dar sunt şi forme care au tendinţa de a se stabiliza şi consolida, cu efecte deosebit de negative asupra citit-scrisului, mai cu seamă în perioadele şcolarităţii mici şi pubertăţii. Dacă în perioada antepreşcolară, tulburările de pronunţie nu constituie întotdeauna semnale de alarmă, persistenţa acestora la vârsta preşcolară, şi mai târziu, necesită, fără îndoială, intervenţii logopedice pentru a împiedica stabilizarea şi formarea unor deprinderi deficitare de pronunţie. La copilul antepreşcolar, dislalia este de natură fiziologică, ca urmare a nedezvoltării suficiente a aparatului fonoarticulator şi a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii. Dar, după vârsta de 3-4 ani, aceste sisteme devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunţie corectă. În cazurile când deficienţele de pronunţie se menţin şi după această vârstă, trebuie luată în consideraţie o etiologie, care, de cele mai multe ori, este complexă şi care influenţează şi alte paliere psihice şi funcţionalitatea normală a limbajului. Fenomenul se complică în situaţia unor structuri fragile ale sistemului nervos central. De cele mai multe ori, apariţia tulburărilor de articulaţie, la vârste mature şi chiar la cele ce depăşesc vârsta şcolară mică, sunt provocate, de asemenea, de cauze care, într-o formă sau alta, deregleză întregul sistem al comportamentului verbal.

Dislalia, ca tulburare de articulaţie-pronunţie ce se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea, înlocuirea şi inversarea sunetelor, se transpune în citit şi în scris, prin fenomene similare la nivelul literelor şi grafemelor. În cazurile grave de dislalie, astfel de fenomene se produc şi la nivelul silabelor şi chiar al cuvintelor – ceea ce lasă urme şi în activitatea lexico-grafică.

În dislalie, ca dealtfel şi în celelalte tulburări de pronunţie, sunetele nu sunt afectate în mod uniform. Unele din acestea sunt

afectate, cu o frecvență mai mare, iar altele numai rareori se manifestă deficitar. Dintre sunetele mai frecvent afectate pot fi citate cele care apar mai târziu în vorbire, cum sunt: vibranta r, africatele č, ğ, ț, siflantele s, z și șuierătoarele ș, j. Vocalele și în primul rând a, e, u, ca și unele consoane (b, d, t, m, n), ce apar de timpuriu în vorbirea copiilor, sunt mai rar tulburate. Cele din prima categorie sunt, deseori, înlocuite sau omise în scris și mai ales deformate în citit. Mai frecvente sunt confuziile grafemelor și fonemelor produse pe baza principiului asemănării lor optico-acustice: d-p, d-b, s-ș, o-a, i-î, m-n, c-g, s-z, ce-ci. Când sunt prezente și tulburări ale auzului și văzului, fenomenele respective se produc mai des și mai pregnant. Ele au o mare labilitate și în cazurile de deficiență de intelect sau în tulburările psihice. De subliniat că, atunci când pe lângă dificultățile de pronunție apar și tensionări psihice, se produc ezitări la unele cuvinte sau încercări de evitare a așa-numitelor cuvinte „critice", ce se reflectă în actul lexico-grafic prin nesiguranță, slabă organizare, prin lipsa uniformității, prin omiterea de cuvinte etc. Fenomenele de substituire, omisiune și inversiune a literelor și grafemelor din limbajul citit-scris, ce se transpun din cauza tulburărilor de pronunție, apar pe baza principiului asemănării, apropierii și contagiunii. Transpunerea fenomenelor dislalice în citit-scris, pe baza asemănării, se produce atât pe cale auditivă, cât și vizuală. Dintre aceste fenomene, frecvența cea mai mare o au omisiunile și substituirile – ceea ce face ca și în citit-scris să se manifeste adeseori. Dar, la nivelul vorbirii orale inversiunile se produc frecvent între sunete și mai rar între cuvinte, iar în scris, inversarea este mai frecventă, la nivelul cuvintelor. Totuși, transpunerea fenomenelor de pronunție în scris-citit nu este obligatorie în toate cazurile. O dovadă, în acest sens, o constituie faptul că sunt situații în care se manifestă tulburări de pronunție, fără să fie însoțite de disgrafie sau chiar de o dislexie propriu zisă.

Un alt fenomen care se manifestă cu o frecvență mai mare în limbajul scris, spre deosebire de pronunție, este acela al adăugirii de grafeme. De fapt, s-a dovedit, experimental, că transpunerea defectelor de pronunție și în special omisiunile, înlocuirile și adăugirile au o pondere diferită în limbajul scris, în funcție de vârstă și de nivelul dezvoltării psihice. Dacă avem în vedere rolul jucat de maturitatea auditiv-perceptivă atât în însușirea corectă a pronunției, cât și a limbajului scris-citit, putem deduce că în deficiențele senzoriale și psihice tulburările de pronunție coexistă, mai ales, cu cele ale scris-cititului. Fenomenul se complică în varietate și

dificultate, atunci când la cei cu tulburări de pronunție, cât și la dislexo-disgrafici se constată deficiențe vizual-auditive, vizual-kinestezice și vizual-tactil-kinestezice. Legătura deficitară dintre recunoașterea formei simbolului vizual și caracteristicile lui acustice se manifestă nu numai la persoanele cu tulburări senzoriale, dar și la cele normale care sunt afectate de disgrafie-dislexie. În fapt, dificultățile pe care le întâmpină unii copii, în efectuarea operațiilor gândirii (analiză-sinteză, abstractizare-generalizare), trebuie căutate nu numai în probleme de ideație, dar și în planul lingvistic. Maturizarea corticală este un factor hotărâtor pentru explicarea activității psihice, dar nu suficient – pentru că educația, ca și corectitudinea sau incorectitudinea în desfășurarea unor funcții pot imprima forme comportamentale mai mult sau mai puțin evoluate. Posibilitățile lingvistice specifice organizării sistemului nervos central trebuie solicitate și exersate încă din prima copilărie; altminteri, ele se reduc, nemaiputând atinge performanțele obișnuite. Încă de timpuriu, formarea deprinderilor de operare cu semne și simboluri facilitează înțelegerea și prelucrarea informațiilor cu care vine în contact, contribuind la dezvoltarea funcției semantice.

Din cauza deficiențelor auzului fonematic, tulburările de pronunție, care se transpun în limbajul scris-citit, sunt de tipul inversării grafemelor, al înlocuirii acestora, ca urmare a confuziei fonemelor sonore cu cele surde, al omisiunilor de litere, silabe și cuvinte și, mai ales, se manifestă prin adăugarea de terminații sau prin contopirea cuvintelor. Referindu-se la relația dintre dislalie și dislexie, Critchley subliniază greșeli de tipul: incapacitatea în pronunțarea cuvintelor nefamiliare sau încercarea de a ghici structura lor fonetică, dificultăți în realizarea diferențierii dintre cuvintele relativ asemănătoare, în scris și pronunție, dificultăți în discriminarea diferențelor auditive ale cuvintelor și literelor, neînțelegerea integrală a celor rostite, inversarea literelor, interpolarea unor foneme nepotrivite, inversarea literelor, omisiunea de foneme și cuvinte, plasarea greșită a accentului în cuvintele polisilabice, lipsa articulării unor cuvinte ș.a. Din punct de vedere psihologic, este interesant fenomenul de înlocuire a unui cuvânt prin altul, în scris și citit, deoarece se poate surprinde mecanismul intern de elaborare a ideilor și asociațiilor dintre ele. Cuvântul înlocuitor poate apărea atunci când subiectul nu identifică cuvântul citit sau cel ce trebuie scris, pe de o parte, iar pe de altă parte, atunci când subiectul realizează numai semnificația lui parțială, fapt care provoacă asociația unui alt cuvânt,

care poate fi chiar sinonim, la bază stând mecanismul intern de producere a ideilor şi de decodificare a mesajelor citite.

Transpunerea tulburărilor de pronunţie în scris şi mai cu seamă a celor grave, de tip disartric sau al dislaliei generale, este foarte pregnantă în dictări şi compuneri, dar poate să se manifeste şi în copierea unui text. În asemenea cazuri, abundă fenomenele disortografice, ce fac de multe ori ilizibil textul. Dificultăţile de natură acustică, foarte des incriminate în tulburările de pronunţie, pot constitui, în acelaşi timp, factor etiologic al transpunerii dislaliei în limbajul scris-citit. Ele accentuează fenomenele disortografice şi imprimă greşelilor de citire o manifestare foarte labilă. Dacă la aceste dificultăţi acustice se adaugă leziuni organice, disortografia, în special, dar şi alte forme ale tulburărilor limbajului îmbracă caracteristici pregnante de involuţie sau, în cel mai bun caz, de stagnare.

Unii autori, printre care M. Seeman (1965, pag. 6), consideră că tulburările de tip dislalic, şi în special cele grave, apar şi pe baza factorului ereditar. Pe linie paternă, se apreciază că trăsăturile respective se transmit mai frecvent, dacă li se asociază şi insuficienţe motorii, ceea ce face ca tulburările să nu rămână numai la nivelul pronunţiei, ci să se extindă şi pe alte paliere ale limbajului. Ca atare, sunetele afectate în pronunţie au o mai mare semnificaţie defectologică şi se transpun mai facil în limbajul scris-citit. Când tulburările de pronunţie se produc şi la nivelul silabelor şi cuvintelor, aproape întotdeauna au loc şi perturbări ale ritmului vorbirii, cu efecte directe în citit-scris. Astfel de situaţii apar şi în vorbirea disartrică, la care se adaugă o rostire confuză, disritmică, disfonică, monotonă, cu rezonanţă nazală ce se manifestă în citit, dar şi perturbă, profund, scrisul, caracterizat printr-o particularitate generală, şi anume aceea a ilizibilităţii acestuia.

În rinolalie, consoanele explozive, şi mai cu seamă cele surde, sunt înlocuite cu unele sunete care, de cele mai multe ori, nu pot fi desluşite, fapt care se reflectă în scris prin netrasarea clară a contururilor grafemelor şi printr-o mare labilitate a formei de redare grafică. Din cauza faptului că deseori b este înlocuit cu m, d cu n, iar t este omis, dar în scris se transpune în unele situaţii, se dă impresia că asemenea confuzii sunt paradoxale. Sunt, în schimb, favorizate, în scris, confuzia consoanelor c-g, deoarece în vorbirea rinolalică sunt înlocuite cu sunete asemănătoare celor parazite (îi). Acelaşi lucru se poate spune şi despre afectarea unor vocale, cum sunt: î, i, u, care

sporesc omisiunile sau adăugirile grafemelor corespunzătoare în scris. Dar fenomenul cel mai accentuat, care se manifestă în planul grafic, determinat de rinolalie, este acela al confuziei grafemelor m-n, din cauza faptului că, în majoritatea cazurilor, sunetele respective sunt afectate de pronunţie.

Adeseori, apar tulburări de tip dislexo-disgrafic, care pot fi explicate prin cerinţa expresă, ce se formulează faţă de copii, în şcoală, de a folosi limba cultă (mai ales în scris şi citit) şi tendinţa acestora de a transpune unele regionalisme din limbajul oral în cel scris. Acest fenomen produce o oarecare nesiguranţă şi creează optica ghicirii unor cuvinte în citire şi scriere. Totuşi, un asemenea fenomen dispare, pe măsura înaintării în instruire, dar se poate menţine negativismul faţă de activitatea grafo-lexică, ca urmare a sancţiunilor repetate la care a fost supus subiectul în perioadele când manifesta dificultăţile respective. De fapt, citirea şi scrierea, realizate cu satisfacţie şi din plăcere, constituie un indiciu al dispariţiei tulburărilor grafo-lexice.

Comparativ cu tulburările de pronunţie, cele de ritm şi fluenţă ale vorbirii sunt mai grave atât în ceea ce priveşte efectele lor nefavorabile, în planul personalităţii, cât şi din punctul de vedere al influenţelor negative pe care le au asupra activităţii lexico-grafice. Această caracteristică este accentuată de faptul că tulburările de ritm şi fluenţă afecteză, în mod deosebit, nu numai comunicarea, dar şi înţelegerea, nu din lipsa suportului intelectiv, ci din cauza tensiunilor psihice trăite de subiect şi a dificultăţilor sale de a depăşi momentele critice legate de expresia verbală. De aici, şi dificultăţile sporite în formularea ideilor şi a gândurilor în limbajul scris. Repetarea sunetelor şi silabelor, caracteristică bâlbâielii, determină, în unele cazuri, situaţii similare în scris-citit, ce se adaugă la dificultăţile de formulare a ideilor. Mai des sunt afectate silabele cu mare frecvenţă în vorbire (pl, bl, cr, că, sî,) sau sunetele ce apar mai târziu în ontogeneză şi sunt mai puţin consolidate (r, s, ş, z). La unii handicapaţi, apar sunete sau silabe parazite ce sunt intercalate în vorbire, producând un efect dezagreabil. În cazul adulţilor şi adolescenţilor, se poate observa prezenţa unor şiretlicuri, prin folosirea pauzelor exagerate, dând impresia că se gândesc la ceea ce spun, dar în realitate ocolesc cuvintele „critice" şi caută să găsească cuvinte care pot fi emise mai uşor. Spasmele de la nivelul aparatului fonoarticulator sunt însoţite de mişcări uşoare ale buzelor, grimase, încordări ale feţei şi chiar ale întregului corp, gesticulaţii sau rigiditate exagerată. Toate acestea sunt

vădite în citit, iar în scris determină apariția de crampe și executarea inegală a grafemelor.

Sunt evidente, în toate formele tulburărilor de ritm, reacțiile secundare, ca efect al încordării și suprasolicitării sistemului nervos. La acestea, se adaugă trăirea dramatică a deficienței în plan psihic. Printre acestea, sunt manifestările neurovegetative, schimbarea culorii feței, transpirație, crește agitația și nervozitatea, respirația devine scurtă și întreruptă – ceea ce provoacă, în actul grafo-lexic, mișcări de prisos și nesincronizarea acelor acțiuni absolut necesare pentru redarea grafică. Pe măsură ce tulburările de ritm și fluență se stabilizează, cum este cazul adulților, dereglările în plan grafic se accentuează prin instalarea unor deprinderi greșite. În astfel de situații, oboseala fizică și psihică se face simțită mai repede, iar conjugarea ei cu sancționarea negativă a greșelilor poate determina, la elevi, reacții de repulsie față de activitatea grafică.

Dată fiind legătura strânsă dintre bâlbâială și logonevroză, odată cu instalarea acesteia din urmă, se imprimă scrisului un caracter nervos, colțuros, cu lipsa legăturii dintre grafeme și cu o plasare dezordonată în spațiul paginii. Ca atare, disgrafia îmbracă un caracter nevrotic ce se extinde, treptat, și asupra celorlalte comportamente ale individului. Din punct de vedere simptomatologic, bâlbâiala și logonevroza sunt foarte asemănătoare, dar de cele mai multe ori logonevroza este mai accentuată decât bâlbâiala. În majoritatea cazurilor, logopatul trece de la bâlbâială spre logonevroză. Bâlbâiala se transformă în logonevroză, atunci când există sau apare pe un fond nevrotic, ca urmare a conștientizării handicapului și trăirii acestuia ca o dramă, ca un moment de frustrare a posibilităților pe care le are individul, ceea ce se reflectă în întregul comportament. Bâlbâiala este un fenomen mai mult de repetare a sunetelor, silabelor și cuvintelor, fenomen ce se transpune într-o formă oarecare și în citit, iar în scris el poate fi absent sau se manifestă foarte atenuat. Dar logonevroza presupune modificarea atitudinii față de vorbire și de mediul înconjurător, în general. Se resimte, în același timp, prezența spasmelor, a grimaselor, a încordării și a unei preocupări exagerate față de toate formele limbajului. La persoanele nevrozate sau psihonevrozate, factorii nocivi (mai cu seamă traumele psihice, stresurile) pot provoca, în același timp, și destrămarea stereotipului dinamic al actului grafic.

Prezența ticurilor nervoase sau coreice, caracteristice tulburărilor de vorbire pe bază de coree ori a hiperexcitabilității și

instabilității nervoase ce apar în tahilalie, ca și a inhibiției exagerate în cazurile de bradilalie, imprimă activității grafo-lexice un ritm rapid în detrimentul formei și ordinii sau un ritm prea lent, în care preocuparea pentru formă nu se corelează cu conținutul celor comunicate. Și într-un caz și în altul, apar crampe, încordări, ezitări, lipsă de uniformitate și frecvente oscilații de la o exprimare cu un conținut familiar la unul care necesită un efort mai mare pentru pronunție.

Spre deosebire de tulburările de pronunție și de ritm, handicapurile de voce nu se reflectă în mod direct în scris, dar ele sunt prezente în citit. Actul grafic este influențat de tulburările de voce, atunci când ele sunt trăite ca drame în planul personalității și când, de fapt, afectează comportamentul general al individului. În aceste cazuri, scrisului i se imprimă un caracter de infantilism, în care transpar stări emoționale exagerate. De obicei, aceste fenomene se resimt mai pregnant pe fondul unui disconfort psihic, iar când există un climat favorabil subiectului, deprinderile de scris-citit se dezvoltă normal.

Dar implicațiile cele mai profunde în actul scris-cititului le au tulburările polimorfe, acestea fie că împiedică formarea deprinderilor grafo-lexice, fie că determină dereglări profunde și extinse în toate laturile scris-cititului. Așa de pildă, în alalie, este afectat atât limbajul impresiv, cât și cel expresiv, iar alalicul nu emite decât unele sunete sau, în situații fericite, câteva cuvinte izolate. Ca urmare, însușirea limbajului scris-citit nu se poate face decât odată cu folosirea terapiei recuperatorii care să vizeze, în primul rând, dezvoltarea limbajului oral. Desigur, învățarea scris-cititului se poate face odată cu dezvoltarea vorbirii, numai că achizițiile sunt lente și pentru faptul că, la unii alalici, este tulburată înțelegerea comunicării. Trougolt este de părere că la alalicii motor apar tulburări ale înțelegerii vorbirii, în 10% din cazuri, în 20% este scăzută, iar în 70% este normală. În schimb, la alalicii senzorial, procentul tulburărilor vorbirii este mult mai ridicat, ceea ce face ca și învățarea scris-cititului să se facă cu mai multe dificultăți. Pe măsură ce se învață scris-cititul, la toate categoriile de alalici se manifestă fenomene de tip dislexico-disgrafic, care sunt, la rândul lor, favorizate de instalarea, în timpul înlăturării alaliei a unor tulburări de pronunție și de ritm-fluență. Particularitățile generale ale alalicilor, cum sunt: lipsa de expresivitate, rigiditatea în mișcări și comportament, dezinteresul pentru activitate, voința scăzută, deficitele de atenție și de percepție etc., influențează negativ însușirea scris-cititului și formarea unei motivații superioare pentru învățare. Cu toată

complexitatea alaliei, prognosticul în terapia ei este favorabil, depinzând de calitatea metodelor şi procedeelor aplicate, iar în lipsa unor deficienţe cumulate, cum sunt cele de auz şi de intelect, există posibilitatea învăţării limbajului (şi a celui scris-citit) şi a dezvoltării activităţii psihice. (E. Verza, 1969).

În timp ce alalia constituie un handicap ce determină imposibilitatea dezvoltării normale a vorbirii, şi, deci, poate fi pusă în evidenţă înaintea constituirii structurilor limbajului, afazia apare ca urmare a pierderii funcţiilor limbajului şi este frecventă la vârstele adulte sau la bătrâneţe, persoanele respective fiind supuse, adeseori, factorilor nocivi care o determină. Dat fiind faptul că afazia provoacă modificări masive şi profunde în sfera limbajului (expresiv şi impresiv) şi a personalităţii, specialiştii i-au acordat cea mai mare atenţie (A. Kreindler, A. Fradis, 1970). Pornind de la concepţia dinamică asupra afaziei, introdusă de Jackson (1951), analiza principală este concentrată asupra raportului dintre gândire şi limbaj, reuşind să se scoată în evidenţă că în primul rând sunt alterate funcţiile mai complexe şi mai voluntare ale vorbirii, iar cele inferioare şi automatizate au o perioadă de conservare mai îndelungată. Dar, pentru că este afectat şi limbajul interior, dereglările se extind şi asupra desfăşurării gândirii. De aici, se poate deduce că afazia provoacă tulburări care nu se opresc numai la nivelul vorbirii, ci se extind şi asupra scrisului, cititului şi asupra formulării simbolice. Ele sunt agravate de deficienţele din planul motricităţii, al memoriei mişcărilor, discriminării perceptiv-auditive a sunetelor elementare, de creştere a irascibilităţii şi de tulburările de personalitate.

În mai toate formele de afazie se produc o serie de simptome ce privesc, nemijlocit, comportamentul verbal şi care ori imprimă dereglări profunde în activitatea grafo-lexică ori, pur şi simplu, determină pierderea capacităţii de exprimare prin scris-citit. Astfel, la unii afazici se păstrează numai cuvintele parazite, interjecţiile, cuvintele triviale şi, în general, un cuvânt îndeplineşte rolul de propoziţie, prin manifestarea aşa-numitului stil telegrafic. La alţii, apare o vorbire „academică", în care verbalismul relativ este în detrimentul conţinutului, deoarece excelează sărăcia ideilor, iar asociaţiile din planul mintal îmbracă forme puerile. Dificultăţile în enumerarea automată, perseverarea verbală, intoxicaţiile cu cuvinte, scrisul servil, în care domină agramatismele, ocupă un loc aparte în conduita verbală a afazicului. Ca tulburări secundare, pot apărea dereglări ale vocii, ale respiraţiei, emoţii exagerate ce se asociază cu

pierderea parțială a capacității de memorizare. Scăderea memoriei se manifestă prin aceea că reproducerea este mai slabă decât recunoașterea și învățarea. Comparativ cu memoria vizuală, cea auditivă este mai scăzută. Dintre toate formele de afazie, în forma receptivă, se remarcă cele mai accentuate tulburări ale memoriei. Prin aplicarea unor probe verbale se constată că randamentul cel mai scăzut se obține în cazul afazicilor receptivi atât pe linia memoriei, cât și a atenției, iar la probele nonverbale rezultatele similare se manifestă la cei amnestici. Mobilitatea atenției este mai scăzută la afazicii receptivi, după care urmează cei expresivi și amnestici. În general, viteza de lucru este mai mică la afazici față de normali, dar cu toate acestea erorile sunt mai frecvente. Prin urmare, tulburările limbajului scris-citit, în afazie, se constituie ca un simptom în cadrul sindromului general în care domină dereglarea funcțiilor psihice superioare.

Există o serie de deosebiri între scris-cititul afazicilor cu o pregătire medie și superioară față de al celor care au o pregătire modestă, în momentul îmbolnăvirii. La ultimii, se remarcă tendința unei citiri, de ansamblu, fără să treacă prin procesul de analiză-sinteză a elementelor componente ale cuvântului și propoziției, ceea ce face să apară greșeli frecvente, datorită ghicirii acestora. În cazul acesta, subiectul nu poate cuprinde toate elementele; sărind peste unele, el percepe deformat sau cu greșeli cuvântul. În scris, poate reda relativ bine grafemele izolate, dar întâmpină dificultăți atât în cazul combinării lor, cât și în al scrierii cuvântului. Disocierea grafemului de fonem este foarte pregnantă în cazurile când subiectul scrie relativ bine, după dictare, pentru că unele sunete sunt percepute izolat și foarte greu, silabele și cuvintele nu reușește să dea coerență textului scris.

Tulburările de dezvoltare a limbajului cuprind, de cele mai multe ori, și activitatea grafo-lexică. Ele împiedică formarea unor deprinderi bine consolidate, mai cu seamă prin nivelul scăzut sau simplist al exprimării, prin sărăcia vocabularului și prin manifestarea umor capacități logico-gramaticale elementare în scris. Așa de exemplu, în mutismul electiv, psihogen sau voluntar, prin refuzul subiectului de a comunica pe o perioadă de timp, activitatea psihică, nemaifiind suficient stimulată, se produce o stagnare în cadrul căreia limbajul suferă în mod deosebit. „Muțenia" este temporară și poate dura, dacă nu se intervine calificat, de la câteva săptămâni la ani de zile. De obicei, mutismul electiv, prezent atât la fete cât și la băieți, apare la copiii hipersensibili și este însoțit de tulburări

comportamentale în care încăpăţânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea, scăderea apetitului pentru activitate ocupă un loc important. Loebell îi descrie pe aceşti copii ca fiind fricoşi, interiorizaţi şi cu complexe de inferioritate. În majoritatea cazurilor, handicapul este determinat de atitudinile greşite în educaţie, care traumatizează afectiv copilul. Dar şi emoţiile şoc, stresurile, eşecurile repetate, frustrările pot duce la mutism psihogen. Deşi nu comunică, fapt care se poate extinde şi asupra scrisului, copiii cu mutism electiv înţeleg vorbirea şi nu manifestă deficienţe de ordin intelectual. Dar persistenţa pe o perioadă mai mare a handicapului poate duce la rămâneri în urmă pe linia dezvoltării vocabularului şi a exprimării logico-gramaticale. Ca urmare, procesele cognitive nu sunt stimulate, ceea ce determină nu numai o slabă dezvoltare a acestora, dar şi o retardare în achiziţia cunoştinţelor.

Ca o manifestare generală a handicapurilor de limbaj, apar întârzierile în dezvoltarea generală a vorbirii, întâlnite la acei subiecţi care nu reuşesc să atingă nivelul de evoluţie a limbajului, conform vârstei. De obicei, ele există ca fenomene secundare la mai toate handicapurilor de vorbire descrise mai sus, dar se pot manifesta şi de sine stătător. Subiecţii cu întârzieri în dezvoltarea vorbirii se recunosc după sărăcia vocabularului şi după neputinţa de a se exprima coerent şi logic în propoziţii şi fraze. La majoritatea subiecţilor cu întârzieri în dezvoltarea vorbirii se fac simţite dereglări atât în latura fonetică, lexicală, cât şi în cea gramaticală. De aici, şi înţelegerea cu dificultate a vorbirii celor din jur, ceea ce influenţează negativ evoluţia psihică generală. Desigur, întârzierile în formarea deprinderilor de scris-citit nu constituie fenomene propriu-zis disgrafo-dislexice, dar ele pot fi premergătoare acestora sau pe fondul lor se instalează mai uşor tulburări lexico-grafice în care este evident, pentru început, infantilismul actului respectiv.

În cadrul tulburărilor, determinate de disfuncţii psihologice, se produce un vid al comunicării în care elementele de puerilism şi infantilism îşi pun pecetea pe toate funcţiile limbajului. Se produce o regresie evidentă, din punct de vedere semantic, iar conţinutul comunicării nu este racordat la realitate. Dezorganizarea, din planul gândirii, se reflectă direct în formularea logică, iar asociaţia ideilor capătă un caracter aleatoriu. Este deosebit de afectat scrisul, nu numai din acest punct de vedere, dar şi din cel al adăugirii unor elemente formale, inutile ce îngreunează comprehensiunea textului. Astfel, buclele grafemelor au tot felul de „înflorituri", trasee de prisos şi nu se

respectă încadrarea în spaţiul paginii. Scrisul servil este prezent la majoritatea indivizilor cu tulburări ale vorbirii, determinate de disfuncţii psihologice. În acelaşi timp, disgramatismele constituie o altă categorie specific disgrafică. Deşi subiectul pare preocupat peste măsură de exprimarea sa grafo-lexică, se ajunge, în mod inevitabil, ca urmare şi a destructurării personalităţii, la o comunicare anacronică cu multe elemente de ficţiune. În genere, subiectul nu este conştient de aceste dificultăţi şi respinge demersurile terapeutice.

Rezultă, aşadar, că tulburările scris-cititului trebuie interpretate şi tratate în contextul general al dereglărilor comportamentelor verbale, deoarece şi funcţionalitatea corectă a limbajului şi comunicării presupune integritatea tuturor laturilor, care permit desfăşurarea acestor activităţi.

Capitolul XV

RELAŢIA DINTRE CITIT-SCRIS ŞI PERSONALITATE

După cum am văzut, şi credem că am argumentat, limbajul constituie un comportament cu valenţele cele mai înalte, pentru că subordonează, orientează şi direcţionează toate celelalte comportamente. Aceasta înseamnă, pe de o parte, că după felul în care un om vorbeşte, scrie şi citeşte îi pot fi apreciate, la modul global, caracteristicile reale de personalitate, iar pe de altă parte, cunoscând structura personalităţii unui individ, pot fi emise judecăţi de valoare cu privire la felul cum se va manifesta în planul limbajului. Dacă mai ţinem seama şi de faptul că între limbaj şi conştiinţă există o legătură nemijlocită, realizăm mai bine subtilitatea relaţiei dintre limbaj şi personalitate, în general, şi dintre citit-scris şi personalitate, în special. Dovada cea mai pregnantă a acestei relaţii o constituie faptul că atunci când are loc deteriorarea din cadrul unui subsistem, aceasta atrage după sine perturbări evidente şi la nivelul celuilalt subsistem. Aşa spre exemplu, modificările personalităţii, cum sunt cele specifice bolilor psihice sau chiar simplele tulburări determinate de factori socio-afectivi şi educativi, influenţează nu numai latura semantică a limbajului, conţinutul şi structura acestuia, dar, mai ales, forma şi orientarea, legile lingvistice şi logico-gramaticale. Dar şi tulburările limbajului, indiferent că se produc în plan expresiv sau impresiv, determină perturbări la nivelul personalităţii şi, ca atare, al comportamentului, care se agravează odată cu creşterea dificultăţilor acestuia.

În condiţii normale de dezvoltare a personalităţii umane şi de evoluţie a citit-scrisului, se poate surprinde o relaţie subtilă între cele

două elemente, în care progresul sau regresul unuia, atrage după sine manifestări similare şi la celălalt. Dintre toate formele limbajului, scrisul poartă cel mai evident amprenta personalităţii, iar la rândul lui, acesta constituie indiciul cel mai evident al trăsăturilor de personalitate. De aici, constituirea unei ştiinţe de graniţă între ştiinţele psihologice şi alte ştiinţe ce abordează personalitatea, numită grafologie, ce nu a făcut nici pe deoparte progresele necesare în raport cu utilitatea şi importanţa ei. Deşi preocupările cu caracter grafologic sunt cunoscute din cele mai vechi timpuri, nu s-a reuşit să se elaboreze, până în prezent, un sistem unitar şi închegat al studiului proiecţiei personalităţii în scris şi nici să se surprindă, cu certitudine, acele legităţi ale scrisului, definitorii pentru o personalitate sau alta. Din aceste motive, studiul personalităţii, prin produsele grafice, în general, şi ale scrisului, în special, trebuie comparat cu alte metode, iar rezultatele obţinute, confruntate cu cele din alte sisteme. În altă ordine de idei, specialistul în grafologie trebuie să aibă o pregătire psihologică adecvată şi o practică corespunzătoare, pentru a putea cuantifica şi aprecia ceea ce este definitoriu unei personalităţi, din multitudinea caracteristicilor generale şi comune altor persoane. Demersul devine fundamental odată cu cuantificarea, măsurarea şi evaluarea personalităţii, în funcţie de starea şi progresul scrisului, a dezordinilor produse la acest nivel etc., caracteristici ce sunt esenţiale pentru o trăsătură sau alta de personalitate.

După opinia noastră, dintre cele trei trăsături fundamentale (şi clasice) ale personalităţii, două pot fi surprinse mai facil, prin intermediul scrisului: <u>trăsăturile temperamentale</u> şi <u>cele caracteriale</u>. Aptitudinile au componente interne complexe, ce se exteriorizează mai pregnant în raport cu o activitate sau alta şi în care elementul de automatizare poate masca specificitatea lor. Deşi se ia în consideraţie ansamblul particularităţilor scrisului, totuşi, pentru o componentă sau alta a personalităţii, sunt mai relevante anumite caracteristici. Spre exemplu, pentru trăsăturile temperamentale, viteza scrisului, apăsarea cu instrumentul de scris, modul cum sunt legate grafemele şi cuvintele între ele, spaţiile dintre grafeme şi cuvinte, ordonarea acestora în spaţiul paginii, înclinarea grafemelor etc., sunt indicii dominante, iar pentru trăsăturile caracteriale, sunt mai importante formele grafemelor, modul de trasare a contururilor şi îngroşarea anumitor părţi, direcţia şi ordinea în pagină, mărimea grafemelor şi păstrarea egalităţii dintre ele, fermitatea cu care sunt trasate, grija pentru acurateţea paginii ş.a.

Pentru a pune în evidență complexitatea personalității, considerăm că analiza grafologică nu trebuie să se oprească numai la aceste aspecte de ordin formal, cum se obişnuieşte, ci să se ia în studiu şi conținutul activității mintale, manifestat în scris, înlănțuirea logică a ideilor şi, în general, închegarea contextului. O astfel de analiză permite specialistului să depăşească stadiul de surprindere a unor caracteristici generale, comune şi să pătrundă în esența fenomenului, prin marcarea acelor aspecte specifice şi definitorii pentru o persoană În acelaşi timp, o atare analiză ne duce la legarea personalității de întreaga activitate psihică şi la tratarea ei unitară ca o componentă a sistemului psihic uman.

Specialiştii îl socotesc pe abatele Michon (1801-1881) ca fiind întemeietorul modern al grafologiei, deoarece el a fost acela care a creat termenul şi a reuşit să elaboreze o serie de legi, din care unele au rămas valabile şi azi. Continuator al lui Michon, în Franța, a fost Crépieux-Jamin care a stabilit şapte dominante ale scrierii: forma, direcția, viteza, dimensiunea, presiunea, orânduirea şi continuitatea. El încearcă să lege scrierea şi de alte trăsături, cum ar fi inteligența, pe care o raportează, în mod nemijlocit, la manifestarea armoniei în scris. Această reducție, deşi simplificată, prezintă importanță pentru ansamblul studiului personalității prin intermediul comportamentului grafic. Şcoala germană reuşeşte să depăşească acest stadiu, prin legarea acțiunii grafice, ca manifestare individuală, de caracteristicile pozitive sau negative ale scrierii. Aceste preocupări le găsim, într-o formă mai redusă, încă în Antichitate, la Aristotel, Demetrius şi alții, care au întrevăzut relația dintre personalitate şi manifestarea grafică.

În țara noastră, unele remarci interesante le întâlnim la autori, ca Gh. Marinescu, C. I. Parhon, H. Stahl, I. Biberi, A. Athanasiu ş.a. Pe bună dreptate, scrierea este considerată „ca un adevărat seismograf unde s-a înregistrat, printr-o serie de mişcări automatizate ale brațului, mâinii şi degetelor, dinamica personalității noastre, iar grafologia o disciplină care se ocupă cu raportul dintre scriere şi autorul ei, între care se intercalează mişcarea grafică" (A. Athanasiu, 1970, pag. 9).

Cu toate rezervele pe care le-am manifestat față de posibilitățile grafologiei de a surprinde caracteristicile definitorii ale personalității, ea rămâne o ştiință a viitorului, care trebuie să-şi perfecționeze metodele şi regulile de cercetare, să conțină demersuri care să facă posibilă distincția dintre manifestările constante şi cele accidentale sau întâmplătoare, să distingă între particularitățile specifice ale fiecărei persoane şi ceea ce este comun în manifestările

umane. Pentru a satisface aceste deziderate, practica grafologică trebuie să evite situațiile aleatorii și să ia în considerație manifestările scriptorului în diverse situații, în diferite etape ale scrisului. Dar, mai ales, trebuie să se țină seama de evoluția scrisului în raport de vârsta subiectului și de nivelul instrucției sale. Aceasta pentru că, scrisul, după cum este știut, suferă unele modificări, odată cu vârsta și dezvoltarea psihică a individului. La acestea se adaugă tulburările de personalitate, care produc schimbări în forma și conținutul scrisului și invers, tulburările scrisului, determină, în raport de gravitatea lor, handicapuri comportamentale și dificultăți de structurare a planului general al personalității.

Luând în considerație funcția reglatoare a limbajului, care influențează nu numai viața psihică a individului, dar și comportamentul acestuia, prin dereglările produse, atât în planul expresiv, cât și în cel impresiv al limbajului, se manifestă modificări negative la nivelul întregii personalități. Tulburările limbajului citit-scris sunt trăite de logopat în mod dramatic, iar frământările sale permanente determină dezordini în organizarea și sistematizarea activității psihice, tensionări și scăderea încrederii în forțele proprii, ceea ce menține o stare de încordare și stres permanent. Handicapurile limbajului citit-scris, mai cu seamă când acestea sunt sancționate negativ de cei din jur, afectează relaționarea subiectului cu colectivul și integrarea acestuia în viața socială. Cu cât deficiențele citit-scrisului sunt mai accentuate, cu atât trăirea dramatică în planul personalității este mai mare, iar dereglările comportamentale, mai frecvente.

Odată cu înaintarea în vârstă, la puberi și adolescenți, menținerea tulburărilor citit-scrisului determină o intensificare a handicapurilor de personalitate. Ca atare, subiecții respectivi devin tot mai deprimați, nervoși, irascibili, reținuți, necooperanți și negativiști, interiorizați, deseori făcându-și complexe de inferioritate. La acestea se adaugă și eșecurile școlare repetate, prin rezultatele slabe obținute la limbă și literatură, ceea ce îi face să manifeste o atitudine negativă față de activitatea de învățare, în general.

Cu timpul, asemenea stări stresante provoacă o hipersensibilitate afectivă, conducând la instalarea tulburărilor afectiv-emoționale și volitionale, care fac parte din particularitățile stabile ale personalității. Acestea determină și scăderea interesului pentru activitate, din cauza faptului că motivația nu mai are un rol dinamizator al acțiunii. Se poate ușor constata că formarea motivelor

şi dezvoltarea motivaţiei, în general, sunt influenţate de tulburările citit-scrisului, deşi în lipsa handicapurilor, ele sunt frecvent raportate la evoluţia psihică a individului (fig.47).

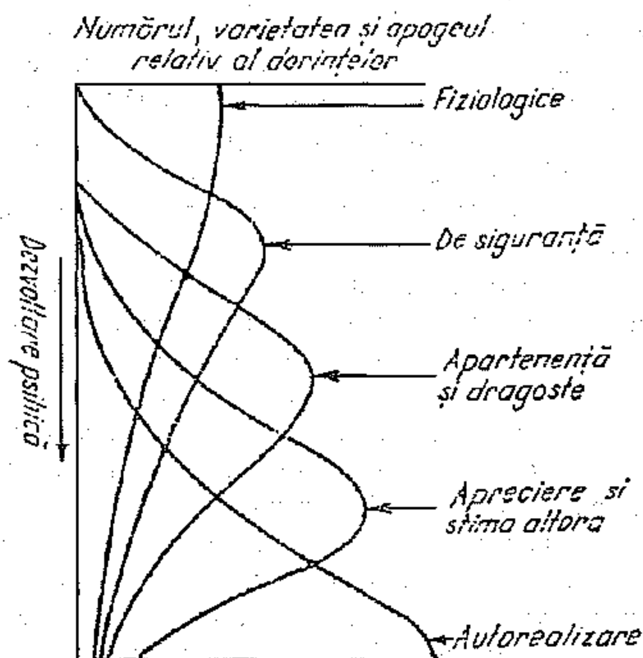


Fig. 47. Evoluţia unor motive în raport cu degradarea psihică (după Maslow)

În condiţiile când persoana handicapată este preocupată de afirmarea sa în planul vieţii sociale sau când îndeplineşte activităţi ce-i solicită frecvent citit-scrisul, suportarea tulburării devine tot mai grea, ceea ce face ca, în final, să aibă eşecuri repetate şi să renunţe chiar la activitatea respectivă. Frământările subiecţilor cu tulburări de limbaj nu numai că nu duc la înlăturarea deficienţei, ci dimpotrivă, o accentuează. Prin aceste frământări se intensifică manifestările comportamentale aberante ce se pot extinde şi asupra perturbării relaţiilor cu familia, cu rudele, cu persoanele apropiate. Când li se pare că nu sunt înţeleşi nici de aceştia, starea de iritabilitate sporeşte şi inhibiţia se instalează tot mai frecvent.

Şi mai dificile devin dereglările de personalitate în handicapurile citit-scrisului, când apar pe fondul unor deficienţe senzoriale, cum sunt cele de vedere sau de auz, sau când este alterat şi intelectul. La majoritatea subiecţilor cu deficienţe senzoriale

dobândite, tulburările de personalitate au tendința de a se accentua în perioada școlarității, pentru că instalarea handicapurilor de scris-citit creează impresia nereușitei și a imposibilității adaptării la viața școlară. Când climatul afectiv este nefavorabil ori colectivul nu manifestă înțelegere față de momentele grele prin care trece subiectul, disconfortul psihic are tendința de a deveni dominant, ceea ce își pune amprenta pe întregul comportament. La deficienții de intelect cu tulburări ale citit-scrisului, fenomenele nu prezintă atât de complex, în toate cazurile, situația în care se află și ca atare, trăirea interioară este simplificată. În schimb, la persoanele cu debilitate ușoară sau la cele cu intelect liminar, tulburările de limbaj pot constitui, alături de deficiența psihică, factori traumatizanți, care influențează negativ comportamentul. Pentru a aprecia tulburările de personalitate ale handicapaților, pe fondul intelectului normal sau pe fondul unor deficiențe senzoriale, psihice și fizice, trebuie să se evalueze comportamentele antisociale, slaba sau imposibilitatea integrării în colectiv, izolarea și lipsa de cooperare cu cei din jur, interiorizarea și adoptarea unei atitudini introvertite, negativismul și încăpățânarea, subaprecierea forțelor proprii și scăderea activismului în plan acțional și mintal.

Neconștientizarea posibilității de corectare a tulburărilor de limbaj și neîncrederea în terapia logopedică, corelată cu situații educative nefavorabile, prelungește stările dureroase tensional și intensifică trăirea emoțiilor șoc, ceea ce duce la manifestări de nesiguranță și la apariția surmenajului fizic și intelectual. Ca urmare, comportamentul dobândește instabilitate și manifestări oscilante de la o situația la alta, de la o zi la alta, iar stimulii nu sunt percepuți în raport de semnificația lor, putând fi recepționați și amplificați ca negativi, ca unii dintre cei care nu prezintă semnificație pentru alte persoane. Din aceasta rezultă că trăsăturile de personalitate ale handicapaților de limbaj sunt foarte fragile și instabile. „Or, tocmai relația dintre caracteristicile stabile și cele instabile denotă un anumit tip de personalitate și, în raport de dominarea uneia sau a alteia, se conturează o personalitate puternică, bine structurată ori, dimpotrivă, o personalitate fragilă, lipsită de rezistență" (E. Verza, 1982, pag. 91-92). Prin dezorganizarea personalității individului cu tulburări de citit-scris se manifestă reținere și teamă de vorbire, ceea ce duce la inerție și rigiditate. Fobia vorbirii se întărește, în plan nervos, sub forma unor legături stabile și obsedante, fapt care poate provoca și apariția altor tulburări de limbaj, cum este logonevroza. În situația când se

amplifică tulburările de limbaj, în general, acestea pot determina instalarea unui mutism electiv, cu consecințe grave nu numai pentru comportamentul logopatului, dar și pentru evoluția sa psihică și pentru recepționarea influențelor instructiv-educative.

Desigur, pentru modul cum se dezvoltă și evoluează tulburările de personalitate, prezintă importanță structura temperamentală a individului, în special în relația dintre procesele nervoase fundamentale, echilibrul, forța și mobilitatea excitației și inhibiției, vârsta, educația și dezvoltarea senzorial-psihică, în general. De exemplu, în anumite particularități temperamentale, care favorizează instabilitatea și lipsa de echilibru, tulburările citit-scrisului provoacă o excitație psihomotorie și o agitație permanentă ce deregleaza și mai mult activitatea lexico-grafică. La alți handicapați, are loc instalarea unei stări inhibitive, în care rigiditatea și uniformitatea comportamentală este susținută de un activism redus în plan acțional. Starea depresivă se corelează, în acest caz, cu tulburările afectiv-emoționale și cele voliționale. Când aceste situații se mențin mai mult timp sau când conflictele lăuntrice se prelungesc, ele devin cronice, ceea ce influențează negativ componentele dezvoltării caracterului și perturbă întregul sistem atitudinal, iar relațiile cu cei din jur nu mai au semnificația adecvată față de stimulii receptați.

Tulburările citit-scrisului, pe fondul deficiențelor psihice, pot intensifica dereglările personalității și pot provoca comportamente imprevizibile și ca urmare a deficitului de la nivelul funcțiilor de cunoaștere, a slabei discriminări în planul gândirii, a creșterii sugestibilității, a impulsivității, a aprecierii neadecvate ori cu o pronunțată tentă afectivă a situațiilor de viață, ceea ce nu permite o adaptare comportamentală anticipativă, în care să se evite riscurile și factorii neprevăzuți. Din aceste caracteristici, rezultă determinismul psihologic, prin afirmarea legăturii dintre geneza afectivă și geneza gândirii, pe de o parte, și caracterul unitar al psihismului uman, pe de altă parte. Afirmația lui R. Zazzo, conform căreia în adaptarea socială inteligența nu este un factor suficient, căci pentru optimizarea ei trebuie luați în considerație și factorii emoționali și cei de mediu, confirmă ideea pe care noi am subliniat-o, deja, că în terapia logopedică educația nu trebuie să se rezume numai la corectarea tulburărilor de limbaj, ci și la dezvoltarea unitară, armonioasă a personalității umane cu toate atributele sale psihice valorice.

Marea labilitate, ce se manifestă în comiterea greșelilor lexico-grafice la logopații de citit-scris, contribuie la accentuarea

dezintegrării funcțiilor limbajului şi la scăderea performanțelor lingvistice. Cu cât fenomenul se produce mai de timpuriu, cu atât are loc o rămânere în urmă a dezvoltării limbajului şi, de aici, o stimulare redusă a întregii activități psihice. Maturizarea psihică şi motorie influențează pozitiv funcțiile perceptive şi de reprezentare, ceea ce contribuie la perfectarea gestului grafic şi a posibilităților de transpunere a simbolurilor auditive-verbale în cele vizuale-scrise. Prin coordonarea mai bună a mişcărilor, se realizează organizarea actului grafic, iar prin maturizarea psihică, se lărgeşte câmpul vizual şi comprehensiunea celor scris-citite. H. Wallon avea dreptate când sublinia că mişcarea trebuie privită ca făcând parte din „ansamblurile care răspund actului", pentru că ea este instrumentul acestuia. Organizarea mişcării se face pe toată durata şcolarizării copilului şi această perfectare nu se reduce numai la formele instituționalizate, pentru că jocul, mersul, activitatea, în general, devin forme optime ale elaborării şi dezvoltării activităților practice şi, ca atare, se imprimă o mai mare finețe verigii executorii în toate domeniile de activitate. Pe lângă factorii intelectuali, factorii afectivi sunt mai prezenți cu cât vârsta copilului este mai mică. „În sfârşit, noi ştim că factorii intelectuali şi afectivi intervin şi ei în actul scrisului. Primii, pentru că permit o mai bună previziune a gesturilor şi o pregătire mai rapidă a frazei ce trebuie scrisă (uneori, prea rapidă față de posibilitățile motorii, ceea ce duce la dezorganizări). Ceilalți, deoarece copilul crede întotdeauna în ceea ce face; el poate aborda scrisul cu o atitudine mai mult sau mai puțin pozitivă, în funcție de forma relațiilor sale cu şcoala sau cu familia şi în funcție de reacțiile sale față de propriile-i dificultăți" (J. Ajuriaguerra, M. Auzias, A. Denner, 1980, pag. 115-116).

Două probleme se pot pune în raport cu cele arătate până acum:

a. dacă particularitățile biologice şi psihologice, specifice unui anumit sex, influențează pozitiv sau negativ actul citit-scrisului, ori, altfel spus, ce relație se stabileşte între citit-scris şi sex şi

b. dacă tulburările citit-scrisului au o acțiune nefavorabilă mai mare sau mai mică asupra personalității unui anumit sex, comparativ cu altul şi dacă este aşa, care sunt factorii care favorizează astfel de situații.

În literatura de specialitate, particularitățile de sex sunt cu totul sporadic raportate la limbaj, în general, şi la citit-scris, în special. Printre cei care menționează diferențele dintre sexe, raportate la

nivelul scrisului, se numără Ajuriaguerra şi colaboratorii, care apreciază că progresul scrisului la fete este superior faţă de cel al băieţilor, ţinând seama de măsurătorile elaborate de ei. Această situaţie o explică prin aceea că fata, cu un nivel mijlociu, tinde să scrie la fel ca un băiat ce are un grafism bun, iar un băiat cu un nivel mijlociu scrie ca o fată cu un nivel slab. Al doilea fapt pe care îl iau în consideraţie, pentru explicarea situaţiei respective, este acela că după zonele de vârstă şi scări, fetele posedă un avans de la şase luni până la un an asupra băieţilor. În final, autorii menţionaţi conchid că este vorba de o precocitate efectivă a fetelor în raport cu băieţii şi nu de o diferenţă „calitatativă negenetică".

Pentru a ne da seama de dimensiunea fenomenului şi dacă observaţiile noastre curente, desfăşurate de-a lungul mai multor ani, care de altfel ne-au confirmat superioritatea fetelor în actul grafo-lexic, asupra băieţilor, reamintim cercetarea noastră (evocată deja în paginile anterioare) cu privire la relaţia dintre comportamentul grafic al elevilor şcolari şi la atitudinea cadrelor didactice faţă de ei.

În general, comportamentul verbal cuprinde toate formele limbajului (deci şi cele ale scris-cititului) şi în el transpar atât structurile intelectului, cât şi cele ale personalităţii. Ca atare, orice formă a conduitei verbale creează imbolduri sau interacţiuni, bazate pe intelect şi pe caracteristici de personalitate, în care domină cele afectiv-motivaţionale şi temperamentale (fig. 48). De fapt, nici limbajul şi nici limba nu au înglobate, în mod nemijlocit, sisteme de valori lingvistice sau sisteme de idei, aşa cum nu conţin nici valorile personalităţii. În schimb, prin manifestarea conduitei verbale aceste valori sunt reprezentate cu un efect circular, influenţând structurile psihice ale subiectului.

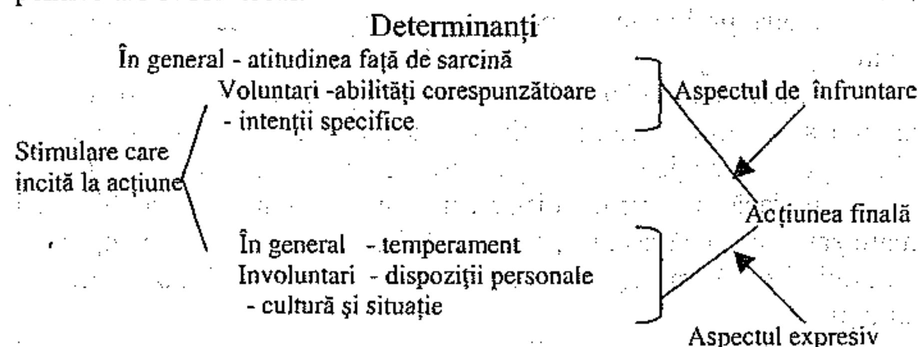


Fig. 48. Comportamentul, ca o convergenţă între înfruntare şi expresie (după Allport)

Abordarea comportamentului verbal, din perspectiva înțelegerii că „limbajul uman este un lucrul subtil şi complex" (G. A. Miller), iar vorbirea „o parte organică a totalității psiho-biologice a dezvoltării şi comportamentului uman" (Frieda Goldman-Eisler) creează viziunea integralistă a comportamentelor, în géneral, în structurile personalității.

Dacă am văzut că este evidentă influența structurilor de personalitate asupra citit-scrisului, trebuie subliniat că şi activitățile lexico-grafice influenţează personalitatea. Pentru o mai bună dovadă în acest sens, vom menționa efectele negative ale tulburărilor citit-scrisului în planul personalității. La astfel de efecte se referă mai mulți specialişti. Pe bună dreptate se consideră că tulburările citit-scrisului, ca şi toate handicapurile de limbaj, creează dificultăți în integrarea socială ce pot determina comportamente antisociale (F. Trojan), ca efect al trăirii dramatice a eşecurilor şcolare şi a situațiilor stresante permanente pe care le înregistrează. De cele mai multe ori, logopatul poate deveni „rebel" sau descurajat, pasiv, nepăsător, opoziționist, retras, închis în sine, inhibat etc. În acest context, Cl.Launay subliniază necesitatea corectării dislexiei şi dislaliei cât mai de timpuriu, pentru că, pe măsura înaintării în vârstă, mai ales la preadolescenți şi adolescenți, tulburările comportamentale se agravează, imprimând personalității un caracter nematurizat, agresiv şi opozant în familie şi în societate, deoarece insuccesele repetate influenţează negativ structurile psihice.

Particularitățile tipologice ale sistemului nervos central şi ale personalității, în condiţiile eşecurilor repetate, ca urmare a tulburărilor lexico-grafice, pot imprima comportamentului anumite caracteristici pe direcția dezorganizării activității şi modificării structurilor psihice, a creşterii anxietății, a deprimării şi impulsivității. Aceste handicapuri se adaugă la dificultățile existente de adaptare la viața şcolară, în clasele mici şi, ulterior, la viața profesională şi familială.

Aşa cum am mai subliniat, în deficiența de intelect, tulburările scris-cititului nu au o influență atât de mare asupra subiectului, deoarece acesta nu reuşeşte să conştientizeze, în întregime, situația în care se află, şi de aici, o trăire internă mai puțin intensă. Aceasta nu înseamnă că debilii mintal au o dezvoltarea comportamentală armonioasă; dimpotrivă, tulburările de personalitate manifestate, comportamental, atât pe plan intern, cât şi pe cel extern sunt mai variate şi mai labile (E. Verza, 1983). Dar ele au o determinare mult

mai complexă decât la normal, pe de o parte, iar pe de altă parte, influenţele educative nu dau întotdeauna roadele scontate, pentru că deficientul de intelect nu are posibilitatea să le înţeleagă şi să le asimileze ca valori interne. Dintre tulburările de personalitate, care pot fi determinate de dereglările citit-scrisului la deficientul de intelect şi care se adaugă la modificările comportamentale atât de variate, existente deja, enumerăm pe următoarele: reacţii explozive şi neorganizate, instalarea unor stări euforice sau apatice, agitaţie motorie, negativism, dezinteres, manifestări de ostilitate faţă de colegi şi neacceptarea ajutorului, repulsie faţă de activitatea şcolară etc. În mod deosebit, subliniem existenţa reacţiilor de tip afectiv-emoţional, care se manifestă prin emoţii şi afecte exagerate (frică, furie, mânie, crize de plâns sau de râs), care duc la dezorganizarea vieţii comportamentale în toate planurile activităţii.

În acelaşi timp, trebuie subliniat că, din cauza tulburărilor de personalitate la deficientul de intelect, se realizează progrese foarte lente în formarea deprinderilor de citit-scris, iar în lipsa unor intervenţii corespunzătoare, chiar dereglările comportamentale duc la handicapuri lexico-grafice, în special, şi în cele de limbaj, în general.

Dar modificările cele mai deosebite, ce intervin în structura lexico-grafică atât pe latura semantică, cât şi pe cea lingvistică şi psihologică se datorează handicapurilor psihice. Date fiind formele complexe sub care se pot manifesta, cât şi efectele profunde de perturbare a construcţiei psihice normale, handicapurile psihice determină asemenea tulburări ale actului citit-scrisului încât înţelegerea acestuia devine, deseori, imposibilă. Formele de depersonalizare încep odată cu cele mai simple modificări ce aparţin psihopatologiei marginale şi care, prin amplificare, ca urmare a unor factori stresanţi noi, cum sunt cei determinaţi de tulburările scris-cititului, pot conduce la constituirea personalităţii dizarmonice. Un rol hotărâtor, asupra modului cum sunt recepţionaţi aceşti factori negativi, îl au particularităţile specifice, determinate de structura anatomo-fiziologică şi sistemul socio-cultural, care imprimă, din punct de vedere psihologic, diferenţieri de la un individ la altul.

În literatura de specialitate se cunosc o serie de încercări prin care se urmăreşte diagnosticarea tipului de boală psihică a scriptorului, pe baza scrisului. Alte încercări au vizat să pună în evidenţă elementele comune ale scrisului pe categorii de boli psihice. Dintre aceste încercări, sunt interesante cele efectuate de R. Perron şi Hélène de Gobineau care au urmărit, din punct de vedere grafometric, 14

elemente în scrisul mai multor bolnavi de schizofrenie, paranoia. maniaco-depresivi ori a celor cu întârziere afectivă şi deficienţă de intelect. Căutând să pună în evidenţă elementul comun în scrierea unei categorii de bolnavi psihici, autorii respectivi au extins cercetarea şi asupra unui grup de epileptici. La această ultimă categorie de bolnavi, au fost evidenţiaţi 12 factori semnificativi pentru scrierea epilepticilor. S-a ajuns la concluzia că datorită prezenţei acestor factori în scris, într-o anumită proporţie, diagnosticul devenea cert în 75% din cazuri. Încercări întrucâtva asemănătoare au fost făcute de S. Privat; el a urmărit să surprindă elementele comune în sindromul grafic al bolnavului de schizofrenie, utilizând metodele metrice şi statistice, elaborate de Thea-Lewinson. Dar şi într-un caz şi în altul ne exprimăm rezerva cu privire la certitudinea diagnozei prin scris la bolnavii psihici, deoarece la aceştia se produc modificări, relativ frecvent, ale grafismului în funcţie de starea de sănătate la un moment dat, de dispoziţia psihică, de stadiul oboselii sau surmenajului, de felul cum s-au odihnit etc. Să nu uităm că şi nivelul de instruire, şi stadiul de formare a deprinderilor grafo-motorii şi nivelul cultural al subiectului pot deruta pe cercetător. În fapt, tocmai aceste modificări ale grafismului, ce se produc în tulburările psihice în funcţie de factorii menţionaţi mai sus şi de evoluţia bolii respective, denotă relaţia dintre personalitate şi scris.

În procesul terapiei recuperatorii, trebuie luată în considerare totalitatea factorilor care pot dezorganiza personalitatea, adică atât cei care provoacă comportamente ce se încadrează în marea psihopatologie, cât şi cei care sunt secundari şi care duc la modificări, mai puţin grave, de tipul celor din psihopatologia marginală. Aşadar, recuperarea trebuie să vizeze, în egală măsură, cercetarea tulburărilor de limbaj şi înlăturarea handicapurilor de personalitate. Numai astfel se poate crea perspectiva socializării, integrării în activitate şi dezvoltarea psihică armonioasă. Metodele şi procedeele folosite vor fi adaptate în raport de individualitatea fiecărui logopat, când se va ţine seama de vârsta sa, de tipul de handicap şi de posibilităţile de comprehensiune-asimilare a influenţelor terapeutice. În această ordine de idei, subliniem eficienţa terapiilor ocupaţionale, care creează un climat afectiv-emoţional favorabil şi motivaţional optim pentru formarea comportamentelor menite să ducă la dezvoltarea integră a personalităţii şi la dobândirea unor comportamente adaptabile la situaţie.

Pornind de la analiza condițiilor în care se dezvoltă personalitatea, psihologia științifică pune un accent deosebit pe ereditatea și maturizarea biologică, pe mediul socio-cultural și educativ, ca fiind factori hotărâtori ai personogenezei. Personogeneza este concepută de J. Piaget ca un produs al socializării, în care procesul interacționist facilitează asimilarea și acomodarea la influențele sociale – ceea ce determină elaborarea de noi sisteme comportamentale. Ca atare, se constituie individualități specifice și se formează comportamente tot mai personale. Pentru a avea viziunea completă a personalității, trebuie luate în considerație nu numai planurile comportamentale, ci și cele intelectuale, motivațional-afective și volițional. În evoluția stadială motivațional-afectivă au loc deplasări permanente spre o motivație cu încărcătură valorică, în care formarea intereselor și dezvoltarea motivelor învățării, dublată de socializarea afectivității, sunt foarte active la vârstele micii școlarități (când se însușește citit-scrisul). Dezvoltarea personalității este influențată de capacitățile psihice ale individului de reglare și autoreglare a comportamentului. Aceste capacități se diversifică pe măsura înaintării în vârstă și a acumulării de noi cunoștințe, în care experiența personală are și ea o importanță majoră. Dar pentru realizarea acestor deziderate este nevoie, printre altele, și de integritatea limbajului, de înlăturarea tulburărilor lexico-grafice, ceea ce deschide perspective majore pentru accesul la cultură, facilitând relaționarea cu mediul înconjurător.

Dacă luăm în considerație relația dintre personalitatea și scrisul nevăzătorilor în Braille, vom constata că, spre deosebire de scrisul în alb-negru, scrisul în Braille nu este atât de personal și, în general, nu se pot desprinde, cu atâta certitudine, particularitățile personalității scriptorului. Din scrisul în Braille lipsesc o serie de caracteristici, care sunt indicii ale trăsăturilor de personalitate, cum sunt: discursiunea, forma grafemelor, înclinația și direcția lor, traseele grafemelor și îngroșarea buclelor etc., toate fiind asemănătoare la cei ce scriu în acest sistem; ele sunt determinate de înseși particularitățile sistemului respectiv. La acestea se adaugă și faptul că între scriptor și foaia de scris se interpune plăcuța și punctatorul, care nu permit mișcări fine de tip motric, ca însemn al trăsăturilor de personalitate. În plus, prin lipsa controlului vizual, elementele temperamentale și caracteriale nu au o desfășurare normală, deoarece ele nu devin manifestări dominante ale activității, iar prin intermediul analizatorului tactil-kinestezic nu se reușește să se suplinească, în întregime, funcțiile vizuale complexe.

Cu tot creditul acordat funcției compensatorii, complexitatea unor acte, cum este şi cel al scrisului, implică o coordonare superioară de tip biologic şi psihologic, în care integritatea analizatorilor şi a funcțiilor sistemului nervos devine condiție indispensabilă pentru proiecția subiectului, cu toate atributele sale valorice ale personalității. O dovadă în acest sens o constituie şi cazul acelor nevăzători care şi-au pierdut vederea după ce şi-au însuşit citit-scrisul. În condițiile când aceştia continuă să scrie în alb-negru, se poate remarca o continuitate între caracteristicile scrisului dinaintea accidentului şi de după, prin păstrarea elementelor definitorii ce au semnificație pentru proiecția trăsăturilor de personalitate în actul grafic. Aceasta înseamnă că, din punct de vedere psihologic, imaginile vizuale păstrate, ca forme ale reprezentărilor, sunt asimilate în sistemul de asociații în planul gândirii şi exercită o acțiune de coordonare a actelor grafo-motorii.

Cu toate aceste rezerve, sunt şi unele caracteristici ale scrierii în Braille, care denotă relevanță pentru cunoaşterea trăsăturilor de personalitate. Dintre acestea, importanță mai mare o au viteza (rapiditatea), intensitatea apăsării cu punctatorul (presiunea), respectarea regulilor logico-gramaticale şi conținutul (semantic) celor exprimate. Aşa spre exemplu, o viteză mai mare în scris indică un temperament vioi, cu note de relativă impulsivitate, supraexcitație, oarecum indiferență față de estetica scrisului, o nevoie intensă de activitate, siguranță de sine şi încredere în forțele proprii, agitație şi un control redus etc., iar o viteză mai redusă se poate caracteriza prin lentoare în activitate, calm, prudență, emotivitate crescută, spirit analitic şi grijă față de estetica grafismului, dar şi nesiguranță. Desigur, noi ne-am referit la situațiile medii, dar extremele acestora determină o amplificare a particularităților temperamentale şi în raport de modul cum ele sunt stăpânite şi influențate educativ; astfel, există posibilitatea emiterii unor aprecieri asupra caracterului subiectului. În acelaşi timp, aprecieri similare se pot efectua şi pentru persoanele care scriu în alb-negru (obişnuit).

Intensitatea apăsării (sau presiunea), poate semnifica forță, vitalitate, violență, agresivitate, combativitate, energie, perseverență, refulare, supraexcitație (la presiune mare) sau, dimpotrivă, sensibilitate, fatigabilitate, timiditate, spirit ascuțit, stăpânire de sine voință slabă, rezistență scăzută (la presiune mică) etc. Iată că apar particularități ale personalității scriptorului în Braille, care sunt, adeseori, contradictorii în cadrul aceleiaşi acțiuni şi care devin greu de

decelat pentru o formă sau alta de personalitate. Dificultățile sporesc, dacă avem în vedere că aici trebuie luați în considerație factorii instructivi-educativi, ca şi cei ai condițiilor de viață ale subiectului, ce pot influența, la un moment dat, calitatea scrisului, în general.

În general, respectarea regulilor logico-gramaticale şi calitatea conținutului celor scrise sunt un indiciu al nivelului de dezvoltare psihică, al gradului de cultură, al posibilităților de memorare şi păstrare, al fluenței gândirii şi imaginației, al stărilor emoțional-afective şi motivaționale, al capacității de concentrare a atenției etc, care reflectă, în ultimă instanță, evoluția şi dezvoltarea personalității. Mai cu seamă sub acest raport, scrierea, ca de altfel şi citirea, suferă modificări importante de care trebuie să se țină cont, atât în evaluarea personalității scriptorului, cât şi în analiza progreselor realizate în planul lexico-grafic, în special şi al comportamentului verbal, în general. Modificări asemănătoare se pot produce şi datorită vârstelor, mai ales dacă ne referim la cele de regresie, când intervin dereglări cu caracter biologic şi psihologic ce îşi pun amprenta pe comportamentul lexico-grafic.

Totuşi, la încheierea acestui capitol, ținem să subliniem credința noastră că, argumentele aduse în favoarea relației dintre scris-citit şi personalitate creează a viziune complexă asupra limbajului, ca proces dinamic, cu valențe multiple în personalitate şi cu semnificații majore în comportamentul uman. Geneza limbajului se interconditionează cu evoluția personalității şi cu reglajul comportamentului, odată cu transformarea lor în modele active şi conştiente, ca factori de anticipație în elaborarea viitoarelor comportamente şi în dezvoltarea structurilor de personalitate. Este aşadar, o relație de dependență ce trebuie stăpânită de subiect şi cunoscută de toți cei care, într-un fel sau altul, sunt implicați în procesul formativ de creare a condițiilor favorabile dezvoltării armonioase a ființei umane.

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE

Apreciem că dificultățile sintagmei „în loc de încheiere" sunt mai mari decât ale unei „încheieri" propriu-zise, cel puțin din două motive: pe de o parte, avem senzaţia unui lucru împlinit, iar pe de altă parte, dorim, în mod intenționat, să lăsăm deschisă problematica abordată într-un asemenea tratat, pentru că în al doilea volum urmează să finalizăm întreaga problematică a tulburărilor de limbaj, care nu a fost până acum expusă. Din aceasta, rezultă şi o serie de incertitudini ale unui demers numai parţial împlinit şi care nu putea fi circumscris în condițiile unei analize exhaustive. Dar nu puteam trece peste o anumită satisfacție pe care o avem, atâta timp cât credem că cititorul va găsi în această primă parte a **Tratatului de logopedie** informații care să-l intereseze şi care să-i fie utile atât pentru elucidarea aspectelor generale, cu privire la funcționalitatea limbajului şi a comunicării, în special, cât şi pentru o serie de sugestii cu privire la activitatea de terapie recuperatorie în handicapurile de limbaj, de tipul pronunție şi a celor grafo-lexice.

Strădania noastră nu poate fi desprinsă de contextul general al preocupărilor pentru explicarea mecanismelor fundamentale în funcționalitatea şi eficienţa limbajului, a influenţei acestuia asupra vorbitorului şi, în egală măsură, asupra auditoriului, într-o armonie specifică dezvoltării personalității, ca şi într-o situație de dereglaj, cu implicații asupra unor paliere psihice cu o factură mai mult sau mai puţin definitorie pentru individ. În acelaşi sens, am încercat să încadrăm comportamentul verbal, cu efecte pozitive sau negative, în contextul general al comportamentelor umane, să precizăm relația de dependență între acestea şi, mai ales, să sugerăm cititorului valențele nebănuite ale comportamentului verbal asupra altor forme de activitate umană, de care acestea din urmă depind într-o măsură majoră.

Considerăm că acesta este un angajament suplimentar în precizarea unității psihicului uman, din care rezultă echilibrul comportamental al omului. Adaptarea la diferitele situații impuse de mediu este, de altfel, numai un aspect particular al demonstrației pe care am dorit să o facem. Am putea susține afirmațiile noastre, prin aceea că evaluarea şi diagnosticarea personalității cuprind, în egală măsură, actele şi procesele limbajului, când comunicarea verbală, orală şi scrisă, poate deveni indicator de neînlocuit în situațiile de diagnoză complexă a subiectului studiat. Nu putem desprinde o asemenea apreciere, în contextul general al contribuției subiectului uman la dezvoltarea unei activități practic-acționale, ca şi la strategia generală, teoretică de concepere a unor demersuri cu caracter optim, în asigurarea succeselor şi a eventualelor eşecuri. Nu este numai experiența de viață a individului, deşi importantă, este mai mult chiar, potențialul individual genetic şi formativ, vehiculat şi mai ales activat în raport de diferitele situații impuse de mediul socio-cultural. În măsura în care subiectul, indiferent de vârsta pe care o are, reuşeşte să depăşească eventualele dificultăți, verbale sau de altă natură, poate fi apreciat că, potențial, este un adaptat la fenomenele cu caracter persistent de frustrație şi chiar la factorii perturbatori majori, inerenți, de altfel, într-o societate complexă. Unii specialişti cred chiar că în aceste societăți complexe sunt mai mulți factori negativi decât pozitivi, în timp ce societatea modernă nu a fost preocupată de elaborarea unor metodologii care să-l abiliteze pentru depăşirea acestora. Sunt, adeseori, modalități strategice, adoptate de fiecare individ, cu capacități de o anumită factură, care-i pot permite elaborarea de comportamente de apărare, de evitare sau de depăşire a situațiilor nefavorabile. Atunci, logic, ne întrebăm: meritul este al subiectului uman, cu structurile sale interne, sau al mediului educațional, cu influențele dirijate şi chiar organizate printr-o metodologie rezultată din investigații şi contribuții ale specialiştilor? Noi considerăm, cu un anumit risc, că determinantă, în acest context, este personalitatea umană şi nu întotdeauna mediul „prescrie" viitorul individului.

Nu este lipsit de importanță să subliniem că dereglajele temporare, cel puțin în plan verbal, nu afectează, în întregime, capacitatea individului de a se compensa în alte activități, care-i pot asigura, într-o anumită măsură, succesul, ceea ce nu infirmă caracterul unitar al comportamentelor şi al structurilor adiacente, psihice. Neliniaritatea dezvoltării psihice, afirmată, de altfel, şi de Tanner şi Piaget, preluată frecvent, direct sau indirect, de alți autori, nu este

altceva decât o excepție la confirmarea regulii afirmării complexității ființei umane.

Limbajul, ca şi comunicarea verbală şi cea non-verbală, exprimă această complexitate a ființei umane şi modalitățile de desfăşurare, într-un context dat, este o continuă adaptare la diversitatea mediului, dar şi la diversitatea achizițiilor realizate de individ pe parcursul vieții. Potențialul individual, prin ereditate şi prin achizițiile din timpul vieții, cu experiențe mai bogate sau mai reduse, sunt dovada diversității comportamentelor individuale, a unicității ființei umane.

Ca urmare, acest tratat se vrea un omagiu închinat activității umane de comunicare, de transmitere a experienței şi a cuceririlor ştiinței, dar şi de recunoaştere şi receptare a informațiilor vehiculate în societate. Este, aşadar, un prinos adus conduitei verbale, pentru că în afara ei, umanizarea, probabil, nu ar fi fost atât de încărcată cu valențe ale umanității. Este, în acelaşi timp, o pledoarie pentru corectitudinea vorbirii orale şi a citit-scrisului, pentru înlăturarea tulburărilor ce se pot produce şi pentru formarea respectului față de calitățile valorice ale subiecților ce desfăşoară un comportament verbal organizat, conştient şi elevat..

În altă ordine de idei, avem sentimentul că, oricât am discuta despre o asemenea problematică, ea rămâne mereu actuală şi deschisă viitorului. Omul se foloseşte, azi, de limbaj în toate împrejurările, aşa cum utilizează aerul pentru existență şi poate că, şi din aceste motive, i se pare un fapt banal. În realitate, limbajul este o funcţie şi o activitate psihică, în egală măsură, deosebit de complex şi cu implicații nebănuite în evoluția psihologică a individului. Este un lucru subtil şi superior, prin care se coordonează, ordonează şi direcționează toate celelalte comportamente ale omului, le dă o notă de distincţie şi specificitate ce le deosebeşte de ale semenilor săi. Aceasta, pentru că şi limbajul, conduita verbală, se manifestă diferit de la o persoană la alta, are o notă personală şi unică. Conduita verbală poartă pecetea conştiinței şi a personalității individului, care transpare în toate faptele de limbaj; prin ea se proiectează şi se materializează aspirațiile omului, se exprimă gândurile şi sentimentele, se elaborează motivele şi se educă voința pentru activitate. Pe de altă parte, prin intermediul limbajului se realizează achizițiile şi se interiorizează acțiunile umane, se stimulează activitatea psihică şi se dezvoltă noi comportamente de tip superior. Starea de sănătate psihică, integritatea funcţiilor senzoriale şi de intelect devin condiții sine-qua-non ale manifestărilor

comportamentului verbal, ce marchează nota distinctă şi personală, imprimă evoluţia sau regresul în dezvoltare şi asigură, mai bine sau mai puţin bine, relaţionarea cu cei din jur şi integrarea social-cultural-profesională a individului – premisă majoră pentru aprecierea contribuţiei sale la dezvoltarea umanităţii.

Odată exprimată, conduita verbală are efecte favorabile sau mai puţin favorabile asupra dezvoltării psihice a omului, în care conştiinţa şi personalitatea acestuia constituie indicatorii cei mai sensibili ai acestor influenţe. Fiecare persoană ajunge, încă din copilărie, să trăiască satisfacţia sau insatisfacţia efectelor comportamentelor sale verbale asupra auditorului, şi în raport de acestea, să-şi dezvolte noi modalităţi de adaptare, să anticipeze situaţiile probabilistice şi să se plaseze pe o poziţie cât mai favorabilă pentru marcarea progresului în adaptare. În acelaşi timp, fiecare om manifestă o anumită atitudine de simpatie sau antipatie, de apreciere sau subapreciere faţă de comportamentul verbal al celor din jur, apreciază calităţile lor psihologice, aprobă sau dezaprobă (implicit sau explicit) persoana în ansamblu, intră în contact cu ea sau o respinge şi, în general, exprimă un întreg sistem atitudinal, care pune în valoare însăşi formaţia sa ca fiinţă social-cultural-educativă.

În cadrul comportamentului verbal, începând de la pronunţie, intonaţie, de la felul în care se modulează vocea şi capătă o anumită melodicitate, însoţită de un conţinut, preponderent, cognitiv sau afectiv, se exprimă trăsăturile definitorii ale personalităţii vorbitorului. Se impune sublinierea că formele limbajului utilizat au şi ele un impact major asupra auditorului, ca şi asupra celui care manifestă o activitate verbală. Astfel, actul grafo-lexic, ca formă, intelectualizat maximal exprimă cel mai bine şi mai complex totalitatea caracteristicilor personalităţii, dezvoltarea şi evoluţia psihică a subiectului. Dacă a rezultat, sperăm, cu claritate că tulburările vorbirii orale se transpun în scris şi influenţează în mod negativ formarea abilităţilor grafice, trebuie să recunoaştem că şi dificultăţile actului grafo-lexic îşi pun amprenta pe vorbirea subiectului, chiar dacă ar fi să luăm în consideraţie numai acţiunea lor în plan intern, când tensiunea emoţională determină fie o reţinere, o stare inhibitivă exagerată, fie o desfăşurare de tip logoreic, o extindere verbală, fără să aibă un conţinut adecvat în raport de intenţiile vorbitorului. Desigur, aici nu includem fenomenele trecătoare, pe care le putem numi epifenomene, şi care nu sunt specifice dislexo-disgrafiei; greşeli ocazionale se pot manifesta şi la indivizii cu o dezvoltare normală şi care, în anumite

condiţii, pot manifesta dificultăţi cu caracter perturbator. Comprehensiunea limbajului este un indicator, din acest punct de vedere, şi ea poate fi apreciată nu numai după exprimarea ideilor, dar şi după reacţiile generale pe care le provoacă. Aşadar, în evaluarea faptelor de limbaj se are în vedere atât latura expresivă, de manifestare, cât şi cea impresivă, de modificare. Procesul normal este deosebit de complex şi duce totdeauna la progres, la dezvoltare. Dezvoltarea priveşte toate palierele activităţii psihice şi se exprimă în comportamente ce marchează trecerea de la un stadiu inferior spre unul superior. Fenomenul este deosebit de evident în dezvoltarea ontogenetică a copilului şi în stabilizarea structurilor psihice ale tânărului.

Credem, că sunt destule argumente care ne conving că limbajul poate deveni o forţă mobilizatoare ce pune în mişcare energiile auditorului, modifică conştiinţele şi transformă personalităţile. Crédem, de asemenea, că fiecare persoană, „trăieşte" rolul deosebit de important şi de activ al limbajului în dezvoltarea activităţii psihice. De aici, nevoia de a concentra, într-o măsură mai mare, toţi factorii educativi şi culturali în direcţia cultivării frumuseţii limbajului, a creării respectului faţă de corectitudinea şi bogăţia vorbirii, a dezvoltării abilităţilor verbale, care să permită exprimarea şi proiecţia personalităţii, cu toate atributele sale valorice. Acest lucru este pe deplin posibil, dată fiind subtilitatea limbajului şi supleţea sa asupra influenţelor educative. Secolul nostru va găsi, probabil, mai mult timp pentru dezvoltarea, la toţi oamenii, începând cu copilăria timpurie şi terminând cu vârstele înaintate, a unei adevărate arte în mânuirea limbajului, ca factor dinamizator al conturării tot mai pregnante a personalităţii umane. Cert este că limbajul şi comunicarea vor juca un rol major, pe măsura valorii lor, în dezvoltarea fiinţei umane şi în adaptarea individului la mediul înconjurător.

BIBLIOGRAFIE

AJURIAGUERRA, DE J. AUZIAS, M., DENNER, A. (1980), *Scrisul copilului*, vol. I, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

AJURIAGUERRA, DE J. AUZIAS, M., DENNER, A. (1980), *Scrisul copilului*, vol. II, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

ANDRONESCU, Ş. (1959), *Scurtă istorie a scrisului*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică.

ARNOLD, G.E. (1970), *Die Sprache und ihre Storungen*, Viena, New York, Ed. Springer.

ATHANASIU, A. (1970), *Scris şi personalitate*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică.

BAGDASAR, F. (1964), *Aspecte neuro-psiho-fiziologice în deprinderea scrierii*, în Revista de psihologie, nr. 1.

BAGDASAR, F. (1967), *Importanţa neurofiziologică a relaţiei scriptor - spaţiu grafic în predarea scrierii*, în Revista de pedagogie nr. 12.

BOREL-MAISONNY, S. (1966), *Langage oral et écrit. Pédagogie des notions de base*, Paris, Ed. Delachaux – Niestle.

BOREL-MAISONNY, S. (1969), *Surdité et langage*, în Reéducation orthophonique, no. 42.

BOŞCAIU, E. (1973), *Prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire în grădiniţele de copii*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

BUSEMANN, A. (1966), *Psychologie des déficiences intellectuelles*, Paris, P.U.F.

CALAVREZO, C. (1967), *Metode şi procedee pentru corectarea disgrafiei şi dislexiei*, în Tulburările limbajului scris, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

RAMAN, Z., PENDEFUNDA, GH. (1965), *Consideraţii asupra ierii „în oglindă". Particularităţi întâlnite în unele cazuri*, în vista neurologia, psihiatria şi neurochirurgia, nr. 1.
RANTINĂ, D. (2002), *Dinamica relaţiei dintre tulburările de baj şi dizabilităţile psihomotorii* - Teză de doctorat.
RTEILLA, A. (1977), *Scrierea cursivă modernă*, Bucureşti, itura Didactică şi Pedagogică.
ZACU-SLAMA, TATIANA (1957), *Relaţiile dintre gândire şi baj în ontogeneză*, Bucureşti, Editura Academiei R.P.R.
ZACU-SLAMA, TATIANA (1959), *Limbaj şi context*, Bucureşti, itura Didactică şi Pedagogică.
IOMSKY, N. (1973), *Le langage et la pensée*, Paris, Petite Bibil. yot.
ITCHLEY, M. (1972), *The Dyslexic Child*, London, William ineman Medical Books Limited.
AMASCHIN, D. (1973), *Defectologie. Teoria şi practica npensaţiei*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
IĂCHESCU, C-tin. (1966), *Contribuţii psihopatologice la studiul burărilor de scris în schizofrenie*, în Revista de neurologie, hiatrie şi neurochirurgie, nr. 6.
TIENNE, Fr. (1971), *Lecture et dyslexie*, Paris, P.U.F.
TIENNE, Fr. (1973), *Langage et dysorthographie*, tom I, Paris, J.F.
CHOT, A.M. (1967), *L'enfant dyslexique. Les troubles du langage it dans la vie sociale et familiale*, Collection "Mésopé", bliotheque d'Action Sociale, Editions Privat, Cohors.
AISSE, P., PIAGET, J. (1972), *Traité de psychologie périmentale*, vol VIII, Paris , P.U.F.
OLU, M., VERZA, E.(1970), *Consideraţii metodologice în legătură fenomenul de „lateralizare" şi influenţa lui asupra dezvoltării ıbajului*, în Analele Universităţii Bucureşti, Seria Psihologie.
OLU, M. (1975), *Principii de psihologie cibernetică*, Bucureşti, litura Ştiinţifică.
RAUR, AL. (1972), *Lingvistica pe înţelesul tuturor*, Bucureşti, litura Ştiinţifică şi Enciclopedică.
JŢU, M. (1975), *Logopedia I*, Cluj-Napoca, Centrul de multiplicare Jniversităţii Babeş-Bolyai.
VATŢEV, M.E. (1959), *Logopedia*, Moskva, Ed. Pedagoghika.

Introducere în lingvistică (1967) – Bucureşti, Editura Ştiinţifică.
JAKOBSON, R. (1962), *Les lois phonétiques du langage enfantin et leur place dans la phonologie générale*, în vol. Selected Writings, vol. I, Phonological Studies.
JAKOBSON, R., HALLE, M. (1956), Fundamentals of Language's Gravenhage, Haga, Mouton&Cie.
JURCĂU, E., JURCĂU, N. (1989), *Cum vorbesc copiii noştri*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.
KOCKER, FR. (1962), *La reéducation des dyslexiques*, Paris, P.U.F.
KREINDLER, A., FRADIS, A. (1970), *Afazia*, Bucureşti, Editura Academiei R.S.R.
LAUNAY, CL. (1965), *Dyslexie-dysorthographie*, II, în La Presse Medicale, nr. 19, tom. 73.
LEONTIEV, A.N. (1963), *Despre abordarea istorică a psihicului uman*, în Psihologia în URSS, Bucureşti, Editura Ştiinţifică.
LEONTIEV, A.N. (1964), *Probleme ale dezvoltării psihicului*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică.
LEOPIDEVSKI, S.S. (1964), *Neuropatologia*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
LUCHSINGER, R., ARNOLD, E.G. (1959), *Lerbuch der stimm-und sprachheilkunde*, Wien, Springer – Verlag.
LURIA, A. (1962), *Vîrşie korkovie psihiceskie funkţii celoveka*, Moskva, Izd., MGU.
MAISTRE, M. (1971), *Dyslexie-dysorthographie*, Paris, P.U.F.
MILLER, G.A. (1956), *Langage et comunication*, Paris, P.U.F.
MITITIUC, I. (1996), *Probleme psihopedagogice la copilul cu tulburări de limbaj*, Iaşi, Editura Ankarom.
MONTESSORI, M. (1977), *Descoperirea copilului*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
MUCCHIELI, M., BOURICIER, A. (1974), *La dyslexie, maladie du siècle*, Paris, E.S.F.
NIELSEN, M.J. (1962), *Agnosia, apraxia, aphasia. Their value in cerebral localization*, ediţia a II-a, New York, Hafner Publishing Comp.
PĂUNESCU, C. şi colab. (1972), *Nedezvoltarea vorbirii copilului*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
PĂUNESCU, C., CALAVREZO, C., VERZA, E. şi colab. (1967), *Studiu asupra greşelilor de transpunere a limbajului scris*, în Tulburările limbajului scris, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.

PENFIELD, W., ROBERTS, L. (1963), *Langage et mécanismes cerebraux*, Paris, P.U.F.
PIAGET, J. (1965), *Psihologia inteligenței*, București, Editura Didactică şi Pedagogică.
PIAGET, J. (1971), *Biologie şi cunoaştere*, Cluj, Editura Dacia.
PIAGET, J., INHELDER, B. (1966), *La psychologie de l'enfant*, Paris, P.U.F.
POPESCU NEVEANU, P. (1977), *Curs de psihologie generală*, vol. II, București, Tipografia Universității București.
POPOVICI, D.V. (2000), *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale*, București, Editura Pro Humanitate.
PREDA, V. (1988), *Explorarea vizuală - cercetări fundamentale şi aplicative*, București, Editura Didactică şi Pedagogică.
PREDESCU, V. (1974), sub redacția, *Psihiatria*, București, Editura Medicală.
PUFAN, C. (1972), *Probleme de surdopsihologie*, vol. I, București, Editura Didactică şi Pedagogică.
RADU, GH. (2000), *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal*, București, Editura Pro Humanitate.
RADU, I.D. (2000), *Educația psihomotorie a deficienților mintal*, (îndrumător metodic), București, Editura Pro Humanitate.
RONDAL, J.A., SERON, X., sub coordonarea, *Troubles du langage - diagnostic et reéducation*, Pierre Mardaga, éditeur.
ROŞCA, M. (1967), *Psihologia deficienților mintal*, București, Editura Didactică şi Pedagogică.
ROSETTI, AL. (1963), *Introducere în fonetică*, București, Editura Ştiințifică.
ROTH, W (1973), *Tiflologia - psihologia deficienților vizual*, Cluj, curs litografiat la Universitatea Babeş-Bolyai.
SEEMAN, M. (1959), *Sprachstorungen bei Kindern*, Jena Haale, Veb. Carl Marhold, Verlag.
SEEMAN, M. (1965), *Statische Störungen und Sprachentwicklung*, Vienna, Die Terapia Vocis et Loquelae, vol. I.
SEN, AL. (1978), *Educație şi terapie. O viziune educațională asupra psihoterapiei*, București, Editura Didactică şi Pedagogică.
SOVAK, M. (1956), *Logopedia cehoslovacă*, Praga (traducere litografiată).
SPIRKIN, G.A. (1963), *Originea limbii şi rolul ei în formarea gândirii*, Culegere de articole, București, Editura Ştiințifică.

STAATS, A.W. (1968), *Learning, Language and Cognition Hold*, Rinchart and Wiston.
STĂNICĂ, I., POPA, M., POPOVICI, D.V. (2001), *Psihopedagogie specială - deficienţa de auz*, Bucureşti, Editura Pro Humanitate.
ŞCHIOPU, URSULA (1967), *Psihologia copilului*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică, ediţia a II-a.
ŞCHIOPU, URSULA (1970), *Jocul şi alte activităţi distractive ca instrumente de psihoterapie*, în Probleme psihologice ale jocului şi distracţiilor, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
ŞCHIOPU, URSULA, Verza, E. (1981), *Psihologia vârstelor*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
ŞTEFAN, M. (1981), *Educarea copiilor cu vederea slabă. Ambiopi*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
ŢÂRDEA, V. (1974), *Metodica predării pronunţiei în şcolile speciale de surzi*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
TOMATIS, A. (1967), *La dyslexie*, Paris, Ed. Centre de langage.
TONCESCU, N. (1967), *Neurofiziologia*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
TUCICOV-BOGDAN, A. (1973), *Psihologie generală şi psihologie socială*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
UNGUREANU, D. (1998), *Compendiu logopedic şcolar*, Timişoara, Editura Eurostampa.
VERZA, E. (1969), *Etape în educarea limbajului copiilor alalici*, în Studii de psihologie, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
VERZA, E. (1970), *Caracteristicile dislexiei şi disgrafiei la şcolari*, în Analele Universităţii Bucureşti, seria Psihologie.
VERZA, E. (1972), *Particularităţile psihoterapiei în reeducarea vorbirii şi personalităţii logonevroticului*, în Analele Universităţii Bucureşti, seria Psihologie.
VERZA, E. (1973), *Conduita verbală a şcolarilor mici*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VERZA, E. (1977), *Dislalia şi terapia ei*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VERZA, E. (1981), *Particularităţile însuşirii limbii şi limbajului de către elevii handicapaţi*, Bucureşti, în Limbile moderne în şcoală.
VERZA, E. (1982), *Particularităţi ale stimulării activităţii psihice prin dezvoltarea limbajului la elevii handicapaţi*, Bucureşti, în Revista de psihologie nr. 3.
VERZA, E. (1982), *Ce este logopedia*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică.

- etajul 7

VERZA, E. (1983), *Disgrafia şi terapia ei,* Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VERZA, E. (1983), *Particularités des troubles de personnalité chez les déficients intellectuels*, în Revue roumaine des sciences sociales, série de psychologie, nr. 1.
VERZA, E., ANASTASIU, G. (1973), *Tulburări ale scrierii în Braille la nevăzători*, în Analele Universităţii din Bucureşti, Psihologie.
VERZA, E., RADU, GH. (1988), *Terapia limbajului în învăţământul ajutător, raportul limbaj – comunicare - învăţare la deficientul mintal*, în E. Verza (coord.), Probleme de defectologie, Tipografia Universităţii din Bucureşti.
VERZA, E., VERZA, E.F.(2000), *Psihologia vârstelor*, Bucureşti, Editura Pro Humanitate.
VERZA, E.F. (2002), *Introducere în psihopedagogia specială şi asistenţa socială*, Bucureşti, Ed. Fundaţiei Humanitas.
VÂGOTSKI, L.S. (1972), *Opere psihologice alese*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VLASOVA, T.A., PEWZNER, M.S. (1975), *Despre copiii cu abateri în dezvoltare*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
VRĂJMAŞ, E., STĂNICĂ, C. (1997), *Terapia tulburărilor de limbaj*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
WALD, H. (1968), *Realitate şi limbaj*, Bucureşti, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică.
WALD, L. (1969), *Progresul în limbaj*, Bucureşti Editura Ştiinţifică.
WEST, R., KENNEDY, L., CARR, A. (1947), *Rehabilitation oj Speech*, New York, London, Ed. Rev., Harper.
ZAZZO, R. (coord.1979), *Debilităţile mintale*, Bucureşti, Editura Didactică şi Pedagogică.
ZLATE, M. (2000), *Fundamentele psihologiei*, Bucureşti, Editura Prc Humanitate.

ria



Personalitate proeminentă a științe și vieții universitare contemporane, prof. univ. dr. EMIL VERZA și-a concentrat aria preocupărilor academice și didactice, îndeosebi asupra domeniilor complexe și de mare actualitate ale psihologiei vârstelor și ale psihopedagogiei speciale, domenii în care a adus contribuții majore, fundamentale, recunoscute atât în plan național, cât și internațional.

elaborat și publicat peste 100 de lucrări științifice și didactice de autor, în colaborare sau sub coordonare, studii și cercetări alitate), abordând o problematică actuală, dificilă, de real pentru specialiștii în materie și de mare utilitate pentru cadre didactice, practicieni din sfera psihopedagogiei a terapiilor de recuperare și readaptare a persoanelor în e.

n traseul creației domniei sale, au devenit deja lucrări de volumele: „Conduita verbală a școlarilor mici" (1973), și terapia ei" (1977), „Psihologia vârstelor" (1981, 2001), ia și terapia ei" (1983), „Metodologii contemporane în l defectologiei și logopediei" (1987), „Adolescența-itate și limbaj" (1989) ș.a.

baza competențelor academice și didactice, prof. univ. dr. ERZA a fost invitat, în repetate rânduri, să susțină prelegeri litate în SUA, Spania, Danemarca, Suedia.

România, prin activitatea pe care a desfășurat-o la tatea din București sau la alte unități de învățământ superior, sau particulare, a format și îndrumat zeci de generații de ți, cadre didactice, creatori de valori științifice sau ice.

ecent, ca o recunoaștere valorică a întregii sale activități e și științifice, i s-a conferit înaltul titlu de DOCTOR IS CAUSA al Universității de Vest din Timișoara.

EMIL VERZA

TRATAT DE LOGOPEDIE

VOLUMUL I

EDITURA FUNDAȚIEI